



DIREITO À SAÚDE MENTAL
TEORIA E CONSTITUCIONALIDADE

LAÉRCIO MELO MARTINS



DIREITO À SAÚDE MENTAL



DIREITO & INTERDISCIPLINARIDADE

Diretora da Série / Series Editor

Profa. Dra. Ana Paula Barbosa-Fohrmann
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Editores Assistentes / Editorial Assistants

Anna Caramuru Pessoa Aubert – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Andyara Letícia de Sales Correia – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Camilla Verdan do Nascimento Sant'Anna – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ricardo Massao Nakamura Nasser – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Conselho Editorial / Editorial Board

Prof. Dr. Daniel Braga Lourenço – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fábio Perin Shecaira – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Frederico Duarte Garcia – Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Inmaculada Vivas-Tesón – Universidad de Sevilla

Profa. Dra. Joyceane Bezerra de Menezes – Universidade de Fortaleza

Profa. Dra. Laura Rueda Castro – Universidad de Chile

Prof. Dr. Luiz Eduardo de Vasconcellos Figueira – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Marcelo Fabri – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Marcos Augusto Maliska – Centro Universitário Autônomo do Brasil – Unibrasil

Prof. Dr. Michael Quante – Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Prof. Dr. Rafael de Asís Roig – Universidad Carlos III de Madrid

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Stephan Kirste – Paris Lodron Universität Salzburg

Prof. Dr. Helder Buenos Aires de Carvalho - Universidade Federal do Piauí

Profa. Dra. Renata Anahí Bregaglio Lazarte, Pontificia Universidad Católica del Perú

DIREITO À SAÚDE MENTAL

TEORIA E CONSTITUCIONALIDADE

Laércio Melo Martins



Diagramação: Marcelo Alves

Capa: Gabrielle do Carmo



A Editora Fi segue orientação da política de distribuição e compartilhamento da Creative Commons Atribuição-Compartilhualgal 4.0 Internacional https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M386d

Martins, Laércio Melo

Direito à saúde mental: teoria e constitucionalidade [recurso eletrônico] / Laércio Melo Martins. – Cachoeirinha : Fi, 2024.

225p.

ISBN 978-65-85958-76-9

DOI 10.22350/9786585958769

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Direito constitucional – Saúde mental. I. Título.

CDU 342.7:159.9

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.

Nise da Silveira

AGRADECIMENTOS

Ao Eter-no pela dádiva da Vida.

À Luciana Araújo Silva pelo Amor, pelo olhar, pela paciência e companheirismo ao longo da jornada.

Aos professores Ricardo Nery Falbo e Marcus Fabiano, pelos primeiros passos acadêmicos.

À professora Ana Paula Barbosa-Fohrmann pelos ensinamentos, diálogos acadêmicos e pelo convite à fenomenologia.

Ao professor Cristiano Novaes de Rezende pela oportunidade de conhecer a filosofia de Espinosa.

Aos amigos da jornada acadêmica: Alessandra, Arthur e Anna pela grandeza de compartilhar Luz, bem como ao Núcleo de Teoria dos Direitos Humanos (NTDH), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

São inúmeras pessoas para agradecer, confesso, que, neste momento de escrita, ao passar um filme de lembranças, recordações e memórias, as minhas lágrimas e as imagens que delas advêm sustentam a vitalidade de cada um(a) que trilhou, ao meu lado, essa jornada acadêmica iniciada em 2013. Muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
Cor.	Corolário
Cap.	Capítulo
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CT	Comunidade Terapêutica
COVID-19	Corona Vírus Disease. O número 19 está relacionado ao ano (2019), quando ocorreu a divulgação pública dos primeiros casos
Dem	Demonstração
Def.	Definição
DESIPE	Departamento do Sistema Penitenciário
Esc	Escólio
E	Ética
IPI	Internação Psiquiátrica Involuntária
IC	Internação Compulsória
LMG	<i>Lettre à Martial Guérault</i> (“Um inédit de M. Merleau-Ponty”, <i>Revue de métaphysique et morale</i> , n.4, 1962, pp. 401-9).
LGBTQIA+	(Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e outros)
MP	Ministério Público
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde

NAPs	Núcleo de Acompanhamento Psicossocial
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PP	<i>Phénoménologie de la perception</i> (Gallimard, 1995) [Ed. bras.: <i>Fenomenologia da Percepção</i> , trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura, Martins Fontes, 1994.]
PM	<i>La Prose du Monde</i> (Gallimard,1969) [Ed. bras.: <i>A prosa do mundo</i> , trad. Paulo Neves, Cosac Naify, 2002.]
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
Prop.	Proposição
Pref.	Prefácio
PROCONS	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
RAPs	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
S	<i>Signes</i> (Gallimard, 1960) [Ed. Bras.: <i>Signos</i> , trad. Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão, Martins Fontes, 1991.]
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TTP	Tratado Teológico-Político
TP	Tratado Político
VI	<i>Le Visible et l'invisible</i> (Gallimard, 1964) [Ed. Bras.: <i>O visível e o invisível</i> , trad. José Artur Giannotti e Armando Mora d' Oliveira, Perspectiva, 1971]

SUMÁRIO

Prefácio	13
<i>Ana Paula Barbosa-Fohrmann</i>	
Nota introdutória	17
1	23
Ética do cuidado e a vulnerabilidade existencial	
1.1 A EXPERIÊNCIA VIVENTE E AS PRÁTICAS DE CUIDADO A PARTIR DA ATENÇÃO INTERSUBJETIVA.....	23
1.2 A CONDIÇÃO DA EXISTÊNCIA HUMANA E A INTERDEPENDÊNCIA	46
2	54
A desinstitucionalização do corpo-sujeito em sofrimento psíquico	
2.1 A SINGULARIDADE DA VIDA: A AUTONOMIA COMO PRÁTICA INTERDEPENDENTE.....	54
2.2 A REALIDADE PSICOSSOCIAL: A LIBERDADE NECESSÁRIA.....	76
3	88
A dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira e o processo sociocultural na hermêutica constitucional	
3.1 - REVISÃO DA DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL	88
3.2 – PRIMEIRAS LINHAS INSTITUCIONAIS DE INTERPRETAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (LEI N. 10.216/01).....	96
3.2.1 – NOTAS SOBRE A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA (IPI).....	97
3.2.2 - NOTAS SOBRE A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA (IC) E A DEFESA DA CIDADANIA.....	117
3.3 – PREVISÃO EXPRESSA DO BLOCO DE CONSTITUCIONALIDADE SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O ACESSO À SAÚDE.....	132
3.3.1 - NÚCLEO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À INTEGRIDADE MENTAL (DIREITO À SAÚDE MENTAL)	136
3.4 – DIAGNÓSTICO JURÍDICO DOS FRAGMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	150
3.4.1 - SAÚDE MENTAL E INTERSECCIONALIDADE: NOTAS HISTÓRICO-JURÍDICAS.....	167

4	179
Estudo de caso – Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM)	
4.1 I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1987).....	179
4.2 – II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1992).....	189
4.3 – III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2001).....	196
4.4 - IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2010).....	202
Considerações finais	209
Referências	216

PREFÁCIO

*Ana Paula Barbosa-Fohrmann*¹

Relevante para o direito, para a filosofia e para os estudos de deficiência, especificamente de saúde mental, o livro intitulado “Direito à Saúde Mental: Teoria e Constitucionalidade” de autoria de Laércio Melo Martins objetiva aprofundar o debate em torno do cuidado em associação com as condições humanas de vulnerabilidade, autonomia e interdependência e suas repercussões jurídico-políticas. Sobre os quatro pilares, portanto e mais uma vez, do cuidado, da vulnerabilidade, da autonomia e da interdependência, o Autor apresenta e interpreta as filosofias de Espinosa e Merleau-Ponty à luz do sofrimento mental e propõe, a partir desses autores, uma releitura do contrato social de caráter iluminista e racionalista, que não responde aos debates jurídico-políticos e socioculturais da Reforma Psiquiátrica brasileira. A proposta de Laércio Melo Martins é, portanto, clara: pensar, a partir da filosofia e com fundamento no cuidado, na vulnerabilidade, na autonomia e na interdependência, a previsão de um direito fundamental à saúde mental na Constituição Federal brasileira de 1988, assim como repensar a atenção direcionada aos sujeitos em sofrimento mental no campo de debate da Luta Antimanicomial.

Só por esses pontos, o livro dele já se mostra importante e necessário para as discussões atuais sobre o tema. Soma-se a isso o fato de esta obra ser o resultado do Doutorado em direito de Laércio Melo Martins junto ao Programa de Pós-graduação em Direito da

¹ Professora Adjunta da Faculdade Nacional de Direito e Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Direito da UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGD/UFRJ). A banca dele foi composta por mim, como orientadora, e pelos professores Sandra Caponi da Universidade Federal de Santa Catarina, Cristiano Rezende da Universidade Federal de Goiás, Márcio Luis Costa da Universidade Católica Dom Bosco de Mato Grosso, Pedro Gabriel Godinho Delgado da UFRJ, assim como Luiz Eduardo Figueira também da UFRJ. Sua defesa e sua tese obtiveram nota máxima, com distinção e louvor e, por unanimidade, seu trabalho escrito foi recomendado para a publicação. Para toda e qualquer professora e orientadora, e no meu caso não poderia ser diferente, participar de um momento tão ritualístico e de grande júbilo como foi o momento da defesa de Laércio Melo Martins, em que, depois de 5 anos (2019-2023), ele recebeu sua aprovação com tanto mérito, é no mínimo significativo e, mais do que isso, tocante. Tocante não só pelo fôlego, reflexão e profundidade de seu trabalho, mas também porque Laércio Melo Martins foi Parceiro com “P” maiúsculo; Parceiro não só meu, como sua professora e orientadora, mas também de seus colegas, que ele encontrou na sua trajetória junto ao PPGD/UFRJ, e dos amigos e das amigas, com os quais ele se enlaçou no Núcleo de Teoria dos Direitos Humanos (NTDH), grupo de pesquisa vinculado à Faculdade Nacional de Direito e ao PPGD da UFRJ e que coordeno desde 2014. Falar, portanto, desse Parceiro, ao mesmo tempo humilde e grandioso em caráter, em termos pessoais, e reflexivo e batalhador, em termos acadêmicos, é um prazer, e um prazer maior ainda é prefaciá-lo este seu livro.

Não apenas por ser Parceiro de estudos, pesquisas e de grupo, mas também por ter outras credenciais, o nome de Laércio Melo Martins vem também se consolidando no campo da Saúde Mental e Luta Antimanicomial desde 2015. Na estrada da docência desde 2017, ele leciona no Centro Universitário de Goiatuba – UNICERRADO – e, desde

2022, é igualmente professor na Universidade Estadual de Goiás, além de levar adiante suas pesquisas nesta área, ao realizar seu Pós-doutorado na Universidade Federal de Goiás.

Sobre o conteúdo específico deste livro, ele tem passagens dignas de notas e que muito engrandecem o campo, como os capítulos 1 e 2, de grande originalidade, em que o Autor aborda a ética do cuidado e a vulnerabilidade a partir das experiências, condição existencial e de vulnerabilidade do corpo-sujeito em sofrimento mental, assim como trata da desinstitucionalização desse mesmo sujeito psico-orgânico a partir de sua singularidade, autonomia e independência. Aqui, o Autor elabora interpretações importantes com base na filosofia Espinosiana e na fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. Para o campo jurídico-político, é no capítulo 3 que Laércio Melo Martins faz incursões interessantes sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e o processo sociocultural da hermenêutica constitucional e, entre outros assuntos, define e desenvolve o conceito de direito constitucional à saúde mental como um direito à integridade física e psíquica. Por fim, no capítulo 4, o Autor descreve, comenta e critica cada uma das Conferências Nacionais de Saúde Mental desde 1987 até 2010, como estudos de casos, ou seja, como experiências fenomenológico-políticas que mostram, no mundo da vida concreta, como a filosofia, abordada nos dois primeiros capítulos, em seus vértices de cuidado, vulnerabilidade, autonomia e interdependência, e como o direito constitucional, no segundo capítulo, se expressaram nesses momentos de discussão e debate em torno de temas afetos das Conferências mencionadas. Ao fim, em sua conclusão, o Autor tece considerações prospectivas ou estabelece rumos futuros para a prática jurídica fundamentada na ética do cuidado antimanicomial.

Por fim, arremato dizendo que Laércio Melo Martins aprendeu muito e sem dúvida em seu Doutorado e, como ultramaratonista que ele também é, continua aprendendo em sua estrada acadêmica e advocatícia. Que este seu livro possa, por tudo isso, trazer embasamento teórico e subsídios práticos para todas e todos que lutam pelos direitos das pessoas com deficiência e especialmente pelos daquelas em sofrimento mental! Que esta obra possa, enfim, também ser, por tudo o que foi prefaciado aqui, CAMINHO para todas e todos que refletem sobre saúde mental e deficiência no direito e para além dele, na filosofia e na política!

Uma Boa Leitura!

Rio de Janeiro, 7 de fevereiro de 2024

NOTA INTRODUTÓRIA

As discussões interdisciplinares decorrentes da Reforma Psiquiátrica brasileira mobilizaram profundas críticas contra a assistência psiquiátrica de natureza biomédica. Paulo Amarante (1998), inspirado nas proposições teóricas basaglianas, pensa a dinâmica de transformações no âmbito da saúde mental brasileira como um processo social complexo. Sendo assim, ele apresenta quatro dimensões¹, a saber: (a) dimensão teórico-conceitual, (b) técnico-conceitual, (c) **jurídico-política** e (d) **sociocultural**.

Interessa-me, neste trabalho, sobretudo as dimensões jurídico-política e sociocultural. A partir disso, poderíamos iniciar uma crítica epistemológica da racionalidade científica moderna, bem como a construção do acesso à cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, ao reconsiderar o lugar do tratamento terapêutico realizado na Rede de Atenção Psicossocial.

Nessa trajetória de análise, a partir considerações jusfilosóficas, empreendo um olhar crítico para a realidade psicossocial, de modo a melhor compreendê-la, ao explicitar e desvelar as relações de poder que perpassam os fundamentos do saber psiquiátrico tradicional. Com isso, cultivar novas instituições de cuidado psíquico e atenção intersubjetiva ao sofrimento psíquico.

Para isso, como proposta teórico-conceitual, considero as reflexões de Espinosa e Merleau-Ponty para constituir uma matriz ética de cuidado em saúde mental, bem como os desdobramentos jurídico-

¹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

políticos no campo sociocultural. Nesse sentido, no primeiro capítulo, inicio minhas análises ao lado do pensamento de Merleau-Ponty ao tratar sobre a experiência vivente e as práticas de cuidado, sob a égide da atenção intersubjetiva.

Em seguida, no segundo capítulo, realizo um diálogo entre Merleau-Ponty e Espinosa, ao mostrar possibilidades de aproximação teórica para pensar o campo da saúde mental brasileira, e, posteriormente, enfatizo nas minhas considerações o pensamento de Espinosa para refletir a diversidade psicofísica na unidade política.

Ao refletir sobre a realidade psicossocial e a liberdade, enquanto parte do processo de desinstitucionalização do sujeito em sofrimento mental, prossigo com o pensamento de Espinosa, com o objetivo de demonstrar a importância do contato social para o cuidado psíquico.

Já no terceiro capítulo, apresento o escopo preliminar de discussões sobre a Política Nacional de Saúde Mental, iniciada nos anos 2001, com a finalidade de dimensionar as recordações interpretativas sobre a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01) e entender o contexto contemporâneo de discussões políticas. Nesse caminho, à luz da dogmática jurídica e considerando as análises jusfilosóficas realizadas nos capítulos anteriores, situo o estado da arte do direito constitucional à saúde mental, ao explicitar o bloco de constitucionalidade dos direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental), bem como o núcleo constitucional do direito à integridade mental.

Somado a isso, apresento, brevemente, um panorama da judicialização em saúde mental, e busco definir um conceito próprio do direito à saúde mental. Em paralelo, realizo uma nota histórico-jurídica da relevância da análise interseccional para repensar os rumos do cuidado na experiência brasileira.

Por fim, no capítulo quatro, realizo um estudo de caso das Conferências Nacionais de Saúde Mental, com enfoque no campo jurídico-político, a fim de investigar o alcance do sentido que os debates institucionais e a Luta Antimanicomial apresentaram para a noção de cidadania e a legislação em saúde mental

Dessa maneira, com a finalidade de promover a desinstitucionalização do corpo-sujeito em sofrimento psíquico, de modo compatível com a perspectiva constitucional, em que medida seria possível provocar uma ruptura radical com o modelo hospitalocêntrico, a partir da perspectiva jusfilosófica da ética do cuidado, da atenção intersubjetiva, da vulnerabilidade existencial e interdependência, na Rede de Atenção Psicossocial brasileira, ao considerar a singularidade existencial?

Em outras palavras, quero dizer que o sentido da noção **antimanicomial** apresentada neste trabalho envolve **a eliminação de quaisquer barreiras, sejam físicas ou mentais, para a construção de políticas públicas de cuidado em liberdade.**

De fato, após o advento da lei federal sobre a instituição da Política Nacional de Saúde Mental, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001)² com o tema “Cuidar sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Nessa ocasião, foram discutidas as questões relacionadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), recursos humanos, controle social, acessibilidade e cidadania.

² A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ocorreu em 1978, por ocasião da instituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e a II CNSM em 1992, durante a tramitação do processo legislativo do Projeto de Lei Paulo Delgado que culminou na aprovação da norma federal em 2001. Os dois encontros destacaram a importância da participação popular na construção do sistema de saúde mental pública eficiente e humanizado.

Após o Brasil tornar-se signatário da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2007), ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na qual foram discutidas as políticas sociais e de Estado, a consolidação e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) e dos movimentos sociais, em especial dos direitos fundamentais com a interface da cidadania como desafios éticos e normativos para as áreas do Direito e da Psiquiatria.

Por ora, é importante investigar o potencial emancipador das contribuições jusfilosóficas sobre ética do cuidado, vulnerabilidade, interdependência, atenção intersubjetiva e vulnerabilidade aplicadas ao campo da Luta Antimanicomial no sentido de promoção da cidadania e autonomia do sujeito em sofrimento psíquico.

Nesse caminho, vou analisar as consequências sociais da desinstitucionalização como desconstrução, tendo como fundamento ético os desafios para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, de forma inclusiva e com a extinção dos hospitais psiquiátricos.

Com efeito, no presente trabalho, busco apreender o sentido e o alcance do campo da atenção psicossocial no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a fim de despertar novos horizontes da ética de cuidado destinada aos sujeitos em sofrimento psíquico. Associada à ideia da desinstitucionalização, a inclusão social da pessoa acometida por sofrimento psíquico é compreendida a partir da vulnerabilidade ao sofrimento inerente à natureza humana.

Sendo assim, o acometimento do sofrimento psíquico, enquanto possibilidade da vulnerabilidade humana, revela a aceitação e afirmação da singularidade existencial diante da vida, para além dos pressupostos de “normalidade” e “doença mental”. Portanto, o reconhecimento de

que todas as pessoas são frágeis diante da vida aumenta a compreensão da responsabilidade política com o outro.

Desse modo, aceitar as contingências³ do mundo é entender uma perspectiva solidária que permite o desenvolvimento do sentimento de empatia com a vulnerabilidade do outro.

Dessa forma, faz-se imprescindível, como hipótese, **compreender o acesso ao direito fundamental à saúde mental como um exercício de autocompreensão social**, entendendo que todos nós somos uma comunidade de cidadãos atentos às tensões inerentes ao pluralismo axiológico de um espaço público democrático. Assim, deveríamos partir da premissa de que a todos devem ser asseguradas oportunidades para alcançarem as condições materiais necessárias ao pleno exercício dos seus direitos e garantias fundamentais, independente de se ter a *priori* a instrumentalidade da razão ou dela fazer uso, e isso deve-se fundar na singularidade do ser humano demarcada pela diversidade.

Ora, **a ruptura radical com o modelo hospitalocêntrico envolve a prática democrática antimanicomial e a efetivação do acesso ao direito à saúde mental no território nacional. Isso implica realizar uma reforma da dimensão jurídico-política do campo da saúde mental brasileira, além de compreender a relevância da dimensão sociocultural para eliminação das barreiras mentais que ainda sustentam o estigma social e a psicofobia.**

Sendo assim, entendo que o presente trabalho responde à hipótese, à medida em que, apresenta caminhos jusfilosóficos para uma ética do cuidado jurídico e instrumentos normativos para a prática do sistema

³ Aqui há um ponto de tensão entre Espinosa e Merleau-Ponty sobre a noção de contingência, uma vez que em Espinosa tudo é necessário pelas leis naturais, sendo impossível a contingência no âmbito existencial. Por sua vez, Merleau-Ponty entende a contingência como possibilidade de abertura nos horizontes da experiência. Ora, o reconhecimento da necessidade causal permite no plano concreto o exercício da autonomia no tempo histórico.

de justiça, de forma que contribua para repensar, sobretudo, o campo civil-penal, à luz do direito constitucional, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse contexto, a metodologia empregada na presente pesquisa tem caráter hipotético-dedutivo – à luz da fenomenologia jurídica, bem como descritivo, teórico e analítico, a partir das fontes de pesquisas em documentos legislativos, jurisprudências, compêndios, livros, artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira em diálogo, precipuamente, com as obras dos filósofos Maurice Merleau-Ponty e Espinosa, com respeito ao cultivo de uma ética do cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

1

ÉTICA DO CUIDADO E A VULNERABILIDADE EXISTENCIAL

1.1 A EXPERIÊNCIA VIVENTE E AS PRÁTICAS DE CUIDADO A PARTIR DA ATENÇÃO INTERSUBJETIVA

Muito embora Maurice Merleau-Ponty na obra *Fenomenologia da Percepção* (1945)¹ não tenha tratado, de modo direto, sobre a expressão “ética do cuidado”, entendo que a partir da composição estrutural do seu trabalho, o filósofo francês ao abordar a noção de **doença** e seus desdobramentos na experiência² vivente do corpo-sujeito³, ocupou-se também da noção de **saúde**, da **loucura**, da **alucinação** e, brevemente, sobre a **esquizofrenia** – portanto, temas relacionados à saúde mental – **saúde psíquica**.

Com efeito, as percepções⁴ sobre a **experiência vivente** e a compreensão da **saúde psíquica** são fundamentais para o cultivo de uma

¹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018.

² “A experiência é um dos nomes do “fenômeno originário”, a abertura do mundo, “o contato inocente com o mundo” (PP I), que a fenomenologia procura “despertar” (PP III), aquém das construções e das idealizações da ciência, para reativar, criticar, retificar, refundar as significações fundamentais que, transmitidas ao longo da história, regem nossa inteligência do ser e mesmo o acesso a nosso próprio ser. Nesse sentido, a experiência é a instância em que se decide toda a verdade: “portanto, à experiência é que cabe o poder ontológico último” (VI 148). Mas se ela é a origem de todo ser e de toda a verdade, nem por isso é imediata, tem de ser reconquistada “por um trabalho comparável ao do arqueólogo”, pois “está enterrada sob os sedimentos dos conhecimentos posteriores” (LMG 403). Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 27.

³ “O corpo fenomenal é, assim, um “corpo-sujeito”, no sentido de um sujeito natural (PP 231) ou de um eu natural (PP 502), provido de uma “estrutura metafísica”, mediante a qual ele é qualificável como poder de expressão, espírito, produtividade criadora de sentido e de história”. Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p.12-13.

⁴ “Contra o intelectualismo, que assimila o ver a um pensamento de ver e a uma pura “inspeção do espírito”, contra o realismo, que o reduz a um acontecimento objetivo que ocorre numa natureza em si, Merleau-Ponty procura restituir a percepção em seu sentido originário, que é o de ser nossa abertura e nossa iniciação ao mundo, nossa “inserção” num mundo, numa natureza, num corpo “animado”. Mantendo-se na junção da natureza, que é sua base, com a história, da qual ela é a fundação ou a

ética do cuidado sob a perspectiva fenomenológica e jurídica. Trata-se, portanto, de entendê-la como uma linguagem prática do **processo de acompanhamento** do corpo-sujeito em adoecimento psíquico.

Ora, tal forma de expressão em cuidado tem seus desdobramentos no campo jurídico, que é responsável pela moldura e escopo das percepções sociais e culturais sobre a “loucura”:

Como fenomenologia do corpo cognoscente, da intercorporeidade e do mundo natural como campo fenomenal e transcendental, a fenomenologia da percepção descrevia a linguagem como fala ou como prática de um sujeito falante, criadora de uma ponte entre perceber e pensar ou de uma comunicação entre percebido e ideado⁵.

É, portanto, através do corpo-sujeito que fala (por meio da linguagem verbal ou não-verbal) que sucede o desvelar dos sintomas do adoecimento mental na experiência política, em razão da extensão das relações expressivas⁶ do corpo próprio e sua intercorporeidade.

Em outras palavras, enquanto sociedade, não podemos transferir para a responsabilidade tão somente individual a profunda desigualdade econômico-social crônica em nosso país. Assim, “refletir sobre a linguagem é, antes, encontrar uma experiência que é, sem dúvida, anterior à objetivação (e, em particular, à observação científica)

instituição ao fazer o tempo natural virar tempo histórico, a percepção é, portanto, o “fenômeno originário” em que se determina o sentido de ser de todo ser que possamos conceber: “não conseguimos conceber coisa que não seja percebida ou perceptível (PP 370), e “ suas articulações são as mesmas de nossa existência...” (id). Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 62.

⁵ CHAUI, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 75.

⁶ “A expressão designa uma estrutura ontológica encontrada na fala, mas também no corpo vivo, na obra de arte, na coisa percebida, e que consiste na passagem mútua de um interior para o exterior e de um exterior para o interior ou no movimento mútuo de sair de si e de entrar em si”. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 29.

da linguagem, mas na qual o sujeito que fala, que escreve, só a ultrapassa exercendo-a e assumindo-a”.⁷

É no exercício em ato da própria linguagem que ocorre a manifestação da experiência⁸ vivente concomitante com a atenção intersubjetiva (responsabilidade recíproca) e seus respectivos desdobramentos no campo jurídico e na prática processual. Nesse sentido, o **modo de percepção** sobre a vulnerabilidade do Outro e do respectivo sofrimento psíquico, bem como das **relações constitutivas**, durante a experiência na vida⁹ comunitária, envolve a noção de ética e cuidado implicados na abertura para o mundo.

Portanto, a **atenção** é um elemento fundamental para a compreensão do Outro. Assim, “chega-se a uma verdade quando se captura, no presente, algo que desde sempre estivera cativo no ser, na espessura do tempo pessoal e interpessoal”.¹⁰

Sob esse aspecto, Maurice Merleau-Ponty ressalta a importância de ser capaz de entender a “maneira particular pela qual a consciência perceptiva constitui seu objeto”¹¹ e a **atenção**, deve ser entendida como a função que revela a hipótese de constância e obriga a admitir que as “sensações normais” já estão dadas, ainda que despercebidas,

⁷ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Ciências do Homem e Fenomenologia**. Tradução: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Saraiva, 1973, p. 59.

⁸ “O que caracteriza a experiência em seu sentido original é que ela é sempre uma dupla prova ou uma prova reversível, na visão, o vidente prova o visível, mas é ao mesmo tempo provado ou posto à prova pelo visível e é impossível palpar sem se expor a ser palpado: é da essência da experiência ser “ toda fora de si própria” (VI 180). Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 28.

⁹ “A vida faz as ordens do ser se comunicarem e propõe à filosofia a tarefa de pensar a totalidade”. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 76.

¹⁰ CHAUÍ, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 78.

¹¹ MERLEAU –PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 52.

funcionando como um projetor que ilumina objetos preexistentes na sombra¹²:

A atenção é, portanto, um poder geral e incondicionado, no sentido de que a cada momento ela pode dirigir-se indiferentemente a todos os conteúdos da consciência. Estéril em todas as partes, ela não poderia ser em parte alguma *interessada*. Para reatá-la à vida da consciência, seria preciso mostrar como uma percepção desperta a atenção, depois como a atenção a desenvolve e a enriquece¹³.

Nessa relação recíproca de implicação e despertamento, a **percepção** e a **atenção** traduzem a **noção de consciência desperta** e do sentido e o alcance da nossa capacidade de **ver**: “sempre temos conosco um princípio constante de distração e de vertigem que é nosso corpo. Mas nosso corpo não tem o poder de fazer-nos ver aquilo que não existe; ele pode apenas fazer-nos crer que nós o vemos”¹⁴.

Dentro desse contexto, ter a **consciência desperta** é de suma importância para o exercício jurídico-hermenêutico sobre os direitos e garantias fundamentais dos sujeitos em sofrimento mental, de forma que a visibilidade da dor psíquica assuma igual importância que a racionalidade instrumental. “A lei como fonte do Direito é essa concreção que se positiva na temporalidade enquanto instrumento de garantia do equilíbrio na realização da *obrigatoriedade da coexistência*”¹⁵.

Ora, a experiência do enraizamento¹⁶ do corpo-sujeito é condição necessária para o próprio exercício da ética do cuidado e da dimensão reflexiva:

¹² *Ibidem*, p. 53.

¹³ *Ibidem*, p. 54.

¹⁴ *Ibidem*, p. 55.

¹⁵ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 67.

¹⁶ LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão – As bases biológicas da fé e da realidade**. Trad. Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Editora Summus, 1983, p. 39-47.

Apanhando a experiência do corpo como sinergia do sensiente-sensível que se propaga e se irradia, Merleau-Ponty apanha o corpo como dimensão reflexiva. A irradiação dessa reflexividade é a chegada de outro corpo em sinergia, dimensão participante da Carne como ser intercorporal. Com a chegada de outrem, sofremos a primeira ferida narcísica: descobrimos que não somos inteiramente visíveis para outrem; mas descobrimos também que somos plenamente visíveis porque vistos por outro. Inacabados como videntes, somos acabados como visíveis. Essa experiência, longe de conduzir à luta moral das consciências, é advento dos mundos privados como instrumentos para a criação de um mundo comum, cada mundo privado sendo via de acesso ao de outrem e dimensão de uma vida generalizada. Os corpos são testemunhas de um mesmo mundo¹⁷.

Nessa experiência de **espelhamento não narcísico**, reconheço-me e possibilito ao Outro, conjuntamente, a criação de um mundo jurídico-cultural comum, diverso em sua Unidade. “O campo da consciência, enquanto espaço da subjetividade, está em interação permanente com o vivido do mundo jurídico, com a vivência jurídica, da qual intui e percebe as essências”¹⁸.

Da experiência corporal¹⁹ à potência da faculdade de ver, o ato de atenção compreende, portanto, “a consciência ocupada em apreender... essa intenção ainda “vazia”, mas já determinada, que é a própria atenção”²⁰. Nesse contexto de análise, Maurice Merleau-Ponty, preocupado com a distinção entre a percepção verdadeira e a percepção

¹⁷ CHAUÍ, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 144.

¹⁸ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 74.

¹⁹ “O corpo é um sensível entre os sensíveis, esclarecendo, porém, que ele é aquele “no qual se faz uma inscrição de todos os outros” ou, então, que ele é uma coisa entre as coisas, esclarecendo, porém, que é também, e sobretudo, “no mais alto grau o que toda coisa é: *um isso dimensional*”. Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 13.

²⁰ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 56.

falsa daquilo que se vê, questiona onde estaria a diferença entre “ver” e “crer que se vê”, ao que responde:

Perceber no sentido pleno da palavra, que se opõe a imaginar, não é julgar, é apreender um sentido imanente ao sensível antes de qualquer juízo. O fenômeno da percepção verdadeira oferece portanto uma significação inerente aos signos e do qual o juízo é apenas a expressão facultativa²¹.

Com efeito, no presente trabalho, busca-se **perceber** o sentido e o alcance do **campo da atenção psicossocial** no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a fim de despertar novos horizontes da ética de cuidado destinada aos sujeitos em sofrimento psíquico, ao considerar as dimensões sociocultural e jurídico-política do Brasil: “assim, a atenção não é nem uma associação de imagens, nem o retorno a si de um pensamento já senhor dos seus objetos, mas a constituição ativa de um objeto novo que explicita e tematiza aquilo que até então só se oferecera como horizonte indeterminado”²².

A partir dessa constituição ativa e da explicitação do horizonte concreto de uma nova Política Nacional de Saúde Mental fundada na consciência da vulnerabilidade existencial e na aceitação da finitude humana, entendo ser possível reconsiderar as bases do contrato social. “A reflexão não é, absolutamente, a observação de um fato, é um esforço para compreender; não é a passividade de um sujeito que contempla sua vivência e, sim, o esforço de um sujeito que apreende a significação de sua experiência”²³.

²¹ *Ibidem*, p. 63.

²² MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 59.

²³ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Ciências do Homem e Fenomenologia**. Tradução: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Saraiva, 1973, p. 40.

Sendo assim, o cultivo da liberdade no campo jurídico-político é índice de saúde mental. Ora, consideremos a advertência de Marco Antônio Alves Brasil (1996) para abordar o sofrimento humano:

É inconcebível querer abordar ou resolver as questões decorrentes do sofrimento humano sem colocá-las em todos os níveis, dentro de seus contextos socioculturais. Não se pode abstrair o ser humano da sociedade e da cultura em que ele vive. Não se trata de negar a importância das diferenças que constituem a personalidade de cada um, mas de ver que toda pessoa, qualquer que ela seja, não pode ser completamente entendida, se não foram levados em conta o ambiente cultural e social no qual vive, seus valores sociais e culturais, bem como o lugar que a sociedade concede ao indivíduo, ao valor que ela confere à liberdade e ao direito ao lazer²⁴.

Ao considerar o contexto sociocultural, **estar atento** é fundamental para compreender a extensão do sofrimento psíquico: “a atenção supõe primeiramente uma transformação do campo mental, uma nova maneira, para a consciência, de estar presente aos seus objetos”²⁵.

Portanto, esse novo horizonte de compreensão do corpo-sujeito “habita o espaço e o tempo”²⁶ e, portanto, assim como o corpo necessariamente está “aqui”, ele existe necessariamente “agora”, sem nunca se tornar “passado”²⁷. Maurice Merleau-Ponty, ao tratar do estado de saúde, afirma não podermos conservar a recordação viva da doença, pois essas “lacunas da memória” apenas exprimem a estrutura do nosso corpo no espaço e no tempo²⁸.

²⁴ BRASIL, Marco Antônio Alves. **A Ética do Sofrimento Humano**. In: DA SILVA, João Ferreira; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p. 23.

²⁵ MERLEAU –PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 57.

²⁶ MERLEAU –PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 193.

²⁷ *Ibidem*, p. 194.

²⁸ *Ibidem*, p. 194.

Logo, poderíamos admitir que **a consciência do corpo saudável é a atualidade em ato**. Nesse sentido, é oportuno também reconhecer que Merleau-Ponty considera, inclusive do ponto de vista ético, todos os modos de consciência intencional. Ou seja, todos os corpos-sujeitos, independentemente de eles serem ou não saudáveis.

Isso, de modo concreto, permite o exercício da **atenção intersubjetiva na ética do cuidado**. “Assim, o corpo não mais se reduz a um objeto ao qual minha consciência está exteriormente ligada; é para mim o meio de saber que existem outros corpos animados; o que significa que seu próprio vínculo com minha consciência é mais essencial, é um liame interior”²⁹.

Além da relevância da consciência corporal para a prática de cuidado, ao refletir sobre as dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira e a assistência de serviços e ações em saúde mental é importante destacar, neste trabalho, o entendimento de Maurice Merleau-Ponty sobre a consciência intencional do **movimento**: “a cada instante de um movimento, o instante precedente não é ignorado, mas está como que encaixado no presente, e a percepção do presente consiste em suma em reaprender, apoiando-se na posição atual, a série das posições anteriores que se envolvem umas às outras”³⁰.

Assim, **o cálculo das posições temporais**, convergindo à consciência intencional do **movimento** em sua situação atual, envolve o entendimento dos aspectos históricos da experiência perceptiva do corpo-sujeito, em razão da ética do cuidado, no âmbito da saúde mental brasileira para refletirmos sobre a liberdade. Segundo Maurice

²⁹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Ciências do Homem e Fenomenologia**. Tradução: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Saraiva, 1973, p. 62.

³⁰ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 194.

Merleau-Ponty, “nossa liberdade apóia-se em nosso ser em situação, ela mesma é uma situação”³¹. O estado do nosso ser em liberdade é a situação em ato – potência atual. Observe como o filósofo trata das noções de doença e saúde para pensar a ação corpórea:

Sono, despertar, doença e saúde não são modalidades da consciência ou da vontade, eles supõem um “passo existencial”. A afonia não representa apenas a recusa de falar, a anorexia uma recusa de viver, elas são essa recusa do outro ou essa recusa do futuro arrancadas da natureza transitiva dos “fenômenos interiores”, generalizadas, consumadas, tornadas situação de fato. O papel do corpo é assegurar essa metamorfose... Se o corpo pode simbolizar a existência, é porque a realiza e porque é sua atualidade³².

A atualidade do corpo próprio ou do corpo-sujeito em sua experiência com o mundo³³ é o elemento fundamental para a compreensão da transição do processo saúde-doença do sujeito em sofrimento psíquico e, por consequência, para refletirmos sobre os **aspectos não lineares e contraditórios das políticas públicas em saúde mental**, ao considerar a **interdependência como elo fundamental do reconhecimento da vulnerabilidade e finitude humanas**. “A vida pessoal, a expressão, o conhecimento e a história avançam obliquamente, e não em linha reta para os fins ou para os conceitos”³⁴.

Segundo Marilena Chauí (2002), Merleau-Ponty concedeu uma atenção especial à patologia corporal: “A doença não só permitia

³¹ *Ibidem*, p. 227.

³² MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 227.

³³ “O mundo de nossa vida, meio de nossa experiência e de nossa ação, é “uma multiplicidade aberta e indefinida onde as relações são implicação recíproca” (*id.*), não um objeto “ sem fissuras e sem lacunas” (LMG)”. Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 54.

³⁴ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O olho e o espírito: seguido de A linguagem indireta e as vozes do silêncio e A dúvida de Cézanne**. Trad. Paulo Neves e Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Cosac & Naify, 2004, p.119.

vislumbrar com maior nitidez a saúde como possibilidade de criar ou inventar novas normas vitais, o corpo ampliando sua capacidade significativa e expressiva, mas ainda permitia descobrir o sentido da vida intersubjetiva, ainda que sob a forma de recusa”³⁵. A exemplo disso, observe a questão da afonia:

A afonia, por exemplo, não é o silêncio de quem não quer falar e se cala, pois só pode calar quem pode falar e o afônico é justamente aquele que *não pode falar*. Seus laços com outrem estão de tal forma comprometidos ou rompidos que o silêncio não é causa nem efeito de sua doença, mas é sua doença em ato.³⁶

Em paralelo, dentro desse contexto de compreensão do processo saúde-doença, ao refletir sobre uma ética aplicada, observe as considerações de Ana Maria Fernandes Pitta (1996), ao afirmar que uma ética da escuta é uma ética da responsabilidade:

Falo em ética da escuta para me referir ao ato psicológico de poder abrir-se para entender e verdadeiramente escutar códigos nem sempre claros ou precisos de pessoas cujo apelo ao “escuta-me” deveria de imediato determinar um ato psicológico da vontade de não se fazer indiferente... Cabe ainda evocar uma ética da responsabilidade, aquela que fala do “tomar a si a responsabilidade de tratar”, do não delegar a outrem o que por lei está dado aos profissionais”, e negociar a tutela quando a razão do louco se impuser aos desmandos dos agentes da sociedade. Discutir condutas humanas pertinentes numa sociedade de cidadãos implica num permanente exercício sobre a transitoriedade de situações e diagnósticos³⁷.

Portanto, é justamente no reconhecimento da **fragilidade humana** que residem a **força** e o **vínculo da responsabilidade política** para o cultivo do pacto social. Dessa maneira, por fragilidade, enquanto

³⁵ CHAUÍ, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 69-70.

³⁶ *Ibidem*, p. 70.

³⁷ PITTA, Ana Maria Fernandes. **Ética e Assistência em Psiquiatria**. In: DA SILVA, João Ferreira; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p. 104-105.

condição humana, quero dizer o elo fundamental para a construção da **interdependência** entre os sujeitos. “A vida intersubjetiva emerge como experiência mágica do eu e do outro, sem que possamos delimitar explicitamente nossas fronteiras individuais, e, contudo, sem que deixemos de assumi-las como óbvias”³⁸.

No tocante à condição do sofrimento psíquico como possibilidade de acometimento a qualquer sujeito, deve ser considerada, para além da racionalidade, um elemento essencial para (re)pensarmos a visão clássica do contrato social à luz da singularidade e especificidade dos **modos de ser** no mundo. “A história tem sentido, mas não é um puro desenvolvimento da ideia: constrói seu sentido no contato com a contingência, no momento em que a iniciativa humana funda um sistema de vida retomado dados dispersos”³⁹.

Nesse contexto, eis uma premissa fundamental para a discussão contratualista, a partir do cuidado em liberdade dos sujeitos em sofrimento psíquico: a **noção de cidadania** deve-se encontrar diretamente relacionada com a ideia de **desinstitucionalização**. Observe as considerações de Rosemary Corrêa Pereira (1997):

Um dos principais papéis do processo de desinstitucionalização é possibilitar o surgimento de outras formas de relação cotidiana com o fenômeno da loucura, menos estigmatizantes e que facilitem a inter-relação. Desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico deve funcionar como uma possibilidade de desconstrução das formas institucionalizadas de lidar com a loucura⁴⁰.

³⁸ CHAUÍ, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 200.

³⁹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **As Aventuras da Dialética**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006, p. 11.

⁴⁰ PERREIRA, Rosemary Corrêa. **Lugar de louco é no Hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica**. In: VENANCIO, Ana Teresa; LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel (Org). **O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do I**

Dessa forma, a base do cultivo de um novo contrato social deve ser necessariamente marcada pela crítica institucional e hospitalocêntrica e fundada na cooperação de sujeitos, mutuamente reconhecidos como vulneráveis:

A problemática que se enuncia aqui é a da especificidade do universo da loucura face ao universo da não loucura, isto é, o reconhecimento de que existe verdade na experiência da loucura e de que esta tem a marca fundante de um sujeito, sem que as categorias de verdade e de subjetividade sejam representadas segundo as concepções do discurso iluminista. Vale dizer, seria preciso reconhecer a diferença do universo da loucura frente ao universo da não loucura sem que isso implique na retirada da loucura do campo da verdade e na destituição da função sujeito, formas privilegiadas na tradição ocidental para a negativização da experiência da loucura⁴¹.

Em outras palavras, quero dizer que a concepção moderna do contratualismo social, erguida sob a égide da **razão**, deve ser (re)pensada à luz da **vulnerabilidade existencial** e **interdependência** entre os sujeitos:

O saber e a ação são dois pólos de uma existência única. Nossa relação com a história não é, pois, apenas a relação de entendimento, a do espectador com o espetáculo. Não seríamos espectadores se não tivéssemos implicados no passado, e a ação não seria grave se não concluísse toda empresa do passado e não desse ao drama seu último ato. A história é um objeto estranho: um objeto que somos nós mesmos; e, nossa vida insubstituível, nossa liberdade selvagem já está prefigurada, comprometida, arriscada em outras liberdades hoje passadas⁴².

Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997, p. 335.

⁴¹ BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada.** In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p.86.

⁴² MERLEAU-PONTY, Maurice. **As Aventuras da Dialética.** Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006, p. 4.

É na encruzilhada histórica e nos entrelaçamentos que a vida se realiza e, portanto, nasce um novo despertar jusfilosófico e cultivo político nas relações com o Estado a partir do reconhecimento da nossa finitude e contingência existencial.

Assim, os laços sociopolíticos serão tanto mais fortes, quanto mais vulneráveis nos reconhecermos nessa relação existencial de pertencimento. “Felizes de nós se conseguíssemos inspirar alguns – ou muitos – a suportar sua liberdade, a não trocá-la com prejuízo, pois ela não só lhes pertence, é seu segredo, seu prazer, sua salvação, como interessa a todos os outros”⁴³.

Virtuoso, pois, é o ser que se vê em sua própria vulnerabilidade, independentemente de estar ou não sob a condição de sofrimento psíquico, e ao reconhecê-la busca com máximas forças a unidade saudável da vivência coletiva: saúde coletiva. Em outras palavras, “tarefa do homem é sua autoconstituição, sua autoevidenciação”⁴⁴.

Dessa forma, a constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial com desdobramentos em todas as dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira deve buscar **a unidade na diversidade e na multiplicidade**, ao tratar com tolerância e respeito a diversas situações e condições de existir. Segundo Maurice Merleau-Ponty, a dialética dá para si mesma a “coesão global, primordial, de um campo de experiência em que cada elemento abre para os outros”⁴⁵:

Pensa a si mesma sempre como expressão ou verdade de uma experiência, em que o comércio dos sujeitos entre si e com o ser estava previamente instituído. É um pensamento que não constitui o todo, mas está situado nele. Tem um passado e um futuro, que não são a mera negação dele mesmo,

⁴³ *Ibidem*, p. 307.

⁴⁴ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 245.

⁴⁵ MERLEAU-PONTY, Maurice. **As Aventuras da Dialética**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006, p. 268.

fica inacabado enquanto não passa para outras perspectivas e para as perspectivas dos outros⁴⁶.

Há que se questionar, permanentemente, de que serve ou a quem serve um pacto social e as instituições contemporâneas de Estado fundadas tão somente na razão instrumental, ao excluir os sujeitos em sofrimento psíquico do acordo social. Nesse contexto da síntese dialética⁴⁷ da dimensão espaço-tempo no âmbito sociopolítico, Maurice Merleau-Ponty nos convida ao **recomeço**:

Enquanto tenho um corpo e através dele ajo no mundo, para mim o espaço e o tempo não são uma soma de pontos justapostos, nem tampouco uma infinidade de relações das quais minha consciência operaria a síntese e em que ela implicaria meu corpo; não estou no espaço e no tempo, não penso o espaço e o tempo; eu sou no espaço e no tempo, meu corpo aplica-se a eles e os abarca. A amplitude dessa apreensão mede a amplitude de minha existência; mas, de qualquer maneira, ela nunca pode ser total: o espaço e o tempo que habito de todos os lados têm horizontes indeterminados que encerram outros pontos de vista. A síntese do tempo assim como a do espaço são sempre para recomeçar⁴⁸.

Recomeços que podem marcar novos horizontes de possibilidades e de **atenção intersubjetiva** na dimensão jurídica. “Aplicar o Direito não significa simplesmente aplicar a lei, mas *ver* na lei o que ela contém de Direito”⁴⁹. Nesse sentido, o entendimento sobre a experiência de dor

⁴⁶ *Ibidem*, p. 268.

⁴⁷ “A dialética é a vida, o movimento do *fenômeno*, onde se enlaçam o ser e a experiência do ser. Por isso, ela é “o pensamento em trabalho no ser, em contato com o ser, para o qual abre um espaço de manifestação...” (VI 125), ela é um “pensamento situação” (VI 126), “que deve encontrar o ser antes da clivagem reflexiva” (VI 130), mas ela é também “o modo de ser do Ser” (VI 126): “dialética: o ser admite o negativo nele mesmo” (nota inédita). Nesse movimento, “cada termo só é ele próprio voltando-se para o termo oposto”, é “a exigência de um devir e até mesmo de uma autodestruição que produz o outro” (VI 124). Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 16.

⁴⁸ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018, p. 195.

⁴⁹ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 66.

psíquica do Outro marca a minha relação no mundo, inclusive jurídico: “a experiência de um outro si é baseada na experiência de um outro corpo com o nosso próprio”⁵⁰.

Dessa forma, no presente trabalho, a partir da **redução eidética**⁵¹ da dimensão jurídica da Reforma Psiquiátrica brasileira e da **intuição eidética**⁵² dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, é possível pensar novos caminhos para uma ética do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial:

Passado e futuro se entrecruzam nos horizontes do presente. Tudo é presente. E é no presente que tudo se resolve. O passado é um agora com a intenção de tudo aquilo que foi e de tudo aquilo que virá. Desta forma, passado, presente e futuro se conjugam no agora. Isto significa que a consciência, enquanto intencionalidade, é a única presença constatável, porque ela própria é o lugar originário da vivência do próprio tempo⁵³.

Tendo em vista o horizonte temporal, entendo ser oportuno **recordar** a publicação e promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01), bem as discussões institucionais preliminares, de natureza interdisciplinar, que assentaram as primeiras linhas interpretativas de aplicação do dispositivo de regulamentação do sofrimento mental nas ações e serviços de assistência em saúde mental.

⁵⁰ SOKOLOWSKI, Robert. **Introdução à fenomenologia**. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. 3ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012, p. 165.

⁵¹ “Ela não está preocupada com as experiências e objetivos que por acaso temos, mas com as estruturas eideticamente necessárias dessas experiências e desses objetos, como poderiam ser consideradas por uma consciência qualquer. A fenomenologia visa descobrir com as coisas e a mente têm de ser para a descoberta tomar lugar”. Cf. SOKOLOWSKI, Robert. **Introdução à fenomenologia**. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. 3ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012, p. 196.

⁵² “A intuição eidética é uma síntese de identidade. Por meio dela reconhecemos uma identidade dentro da multiplicidade de manifestação, mas a identidade e a multiplicidade são diferentes daquele tipo que ocorre quando intuimos as coisas individuais”. Cf. SOKOLOWSKI, Robert. **Introdução à fenomenologia**. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. 3ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012, p.189-190.

⁵³ GUIMARÃES, *op. cit.*, p. 10.

Como se nota, o objetivo do Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216 (2001) realizado pela Câmara dos Deputados, era a “elaboração de consensos técnicos mínimos em torno de questões do direito à saúde mental, especificamente no que se refere à internação psiquiátrica involuntária, compulsória e interdição”⁵⁴. Dentre as principais discussões relacionadas à incipiente construção da Política Nacional de Saúde Mental, podem-se destacar as seguintes observações: (1) saúde e cidadania, (2) equipe multiprofissional em saúde mental, (3) interdição e curatela, (4) internação compulsória e (5) periculosidade social.

Essa “atividade de reviver”⁵⁵ nos permite compreender os anseios institucionais do campo jurídico e revisar as práticas em saúde mental, de modo a ajustar os rumos das políticas públicas orientadas ao cuidado em liberdade dos sujeitos adoecidos psiquicamente, à medida em que se busca rediscutir os temas, de acordo com o novo arcabouço jurídico dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. “O método fenomenológico se presta ao exercício de um papel decisivo na explicitação dos infinitos sentidos da vivência contemporânea e não somente da vivência jurídica”⁵⁶.

Além disso, com o advento da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2007), com *status* de norma constitucional e da promulgação da Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146/15), houve um redesenho no campo da teoria da incapacidade civil.

⁵⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 111.

⁵⁵ SOKOLOWSKI, Robert. **Introdução à fenomenologia**. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. 3ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012, p. 77.

⁵⁶ GUIMARÃES, Aquiles Córtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 27.

Portanto, ao considerar inclusive outros diplomas normativos no âmbito internacional, os quais o Estado brasileiro é signatário no campo do cuidado sobre deficiência psicossocial, é oportuno uma revisão das normas, de natureza administrativa, que fundaram a Política Nacional de Saúde Mental, a partir de 2001, a fim de verificar as compatibilidades material e formal com a Constituição Federal de 1988. Nessa análise é oportuno considerar as normas infraconstitucionais e supraconstitucionais, de forma a avançar com novos olhares no **cultivo do direito à saúde mental** e evitar os recuos:

Não há progresso na história. Pelo contrário, há avanços e recuos. Avanços, em direção ao aperfeiçoamento das condições de existência civilizada. Reversão, na linha do despenhadeiro da barbárie. O que nos mostra a demiúrgia trágica da existência humana que estará sempre se defrontando com *possibilidades* e *limites* como linhas diretrizes da nossa conduta enquanto inscrita no espaço de eticidade⁵⁷.

Essa **intenção eidética** de descrever o desenho institucional e jurídico da saúde mental no Brasil é atravessada pela **atividade noético-noemática**⁵⁸ de interação com os sujeitos em sofrimento mental, os profissionais de saúde mental, da estrutura institucional da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), dos familiares, da sociedade civil, dos movimentos sociais e do sistema de justiça. “Compete à humanidade descobrir sua *destinação*, frente à *finitude* da existência, não somente humana, mas de todas as coisas terrenas. Pensar a *destinação* é pensar

⁵⁷ *Ibidem*, p. 28.

⁵⁸ “O termo grego *noésis* significa um ato de pensamento e o termo *noema* significa aquilo que é pensado. Em grego o sufixo – *ma* acrescentado a um verbo significa reter o resultado ou o efeito da ação expressa no verbo... O termo *noéma* então compreende a coisa sendo pensada ou a coisa de que estamos conscientes”. Cf. SOKOLOWSKI, Robert. **Introdução à fenomenologia**. Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. 3ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012, p. 69.

a autoconstituição, a autoevidenciação. Evidenciar-se significa compreender-se”⁵⁹.

Trata-se, portanto, de buscar uma **ética do cuidado jurídico** baseada no exercício hermenêutico constitucional, de modo sistemático e integrado, associado à permanência da única constante da experiência humana: a **vulnerabilidade existencial**.

E é na atitude compreensiva e não explicativa que reside a alma do Direito, a despeito das várias posições teóricas em contrário. Porque Direito diz da subjetividade, esse *lugar* privilegiado da sua criação. Diz da intenção do Estado dirigida ao modelamento das relações intersubjetivas, no sentido de manter a paz social, embora seja esta um enigma a ser decifrado nos horizontes da condição humana⁶⁰.

Ainda dentro desse contexto fenomenológico, é de suma importância o reconhecimento da contribuição e da participação da Luta Antimanicomial nesse cultivo de uma ética de cuidado com desdobramentos no campo jurídico. Uma abordagem fenomenológica, de natureza descritiva, a partir de um “campo aberto à visada intencional”⁶¹, “enquanto empreendimento em demanda da visada do objeto jurídico, a partir da descrição da sua própria juridicidade”⁶².

Antes de tudo, trata-se de uma **redução eidética** do movimento social em torno da descrição dos sentidos da noção de cidadania dos sujeitos com sofrimento mental. “A redução fenomenológica é a resolução não de suprimir, mas de colocar em suspenso, e como que fora

⁵⁹ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p.120.

⁶⁰ *Ibidem*, p. 23.

⁶¹ *Ibidem*, p. 9.

⁶² *Ibidem*, p. 17.

de ação, todas as afirmações espontâneas nas quais vivo, não para negá-las, e sim para compreendê-las e explicitá-las”⁶³.

Retorno ao *mundo da vida do Direito*⁶⁴, relendo o mundo, a partir da infinitude dos seus sentidos, mundo dado, pré-categorial, pré-reflexivo, anterior à razão. Observe as considerações de Aquiles C. Guimarães: “*vida jurídica* é a existência humana submersa no vendaval do conflito de interesses. Aliás, é oportuno lembrar que o conjunto da história é movido por interesses e necessidades...Não há pretensão sem intencionalidade”⁶⁵.

Há de se buscar uma nova atitude diante da dimensão jurídica, a partir do entendimento do mundo pré-reflexivo, onde, de fato, a vulnerabilidade da existência humana fundamenta o elo de relação intersubjetiva e, portanto, o pacto social, para além da concepção clássica liberal do direito à segurança, à propriedade, à vida, à igualdade e à liberdade, como forma de provocar uma abertura de horizontes com novos arranjos afetivos.

Com efeito, para essa abertura de horizontes é necessário que o campo jurídico rompa com a concepção clássica do modelo biomédico de avaliação das deficiências psicossociais e se distancie do imaginário social da Psiquiatria ainda como tratamento moral das mazelas da vida social:

A Medicina mental inaugura uma nova relação da Cultura Ocidental com a loucura. A mutação desta em “alienação do espírito”, vincula-se intimamente à demanda social de sua transformação. A partir de então, o louco é redutível ao não louco e reciprocamente, não sendo estes grupos duas realidades abissalmente heterogêneas. A Psiquiatria como saber sobre

⁶³ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Ciências do Homem e Fenomenologia**. Tradução: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Saraiva, 1973, p. 30.

⁶⁴ GUIMARÃES, *op. cit.*, p. 17.

⁶⁵ GUIMARÃES, Aquiles Córtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 23.

a alienação mental se propõe a modificar os loucos, tornando-os sujeitos do espaço social. De indivíduos à parte, esquisitos e desordenados, ela pretende transformá-los no seu oposto, isto é, marcados pela sociabilidade e atravessados pela Ordem. Esta operação de transformação denominada por Leuret de “conversão”, se integra no universo da Medicina, sendo por isso mesmo denominada terapêutica. Esta é fundamentalmente caracterizada como tratamento moral, e a normatização moral encontrará neste o seu ponto culminante, o lugar de sua máxima realização...Um processo de normatização é necessariamente um processo pedagógico. O tratamento moral se caracteriza como uma operação de pedagogia moral, na qual o ser-de-Natureza do alienado será submetido ao seu ser-de-Cultura⁶⁶.

É interessante observar que ainda no ensino jurídico brasileiro, sobretudo penal, a noção da “periculosidade social” do “louco”, decorrente de perspectivas psiquiátricas do positivismo criminológico do século XIX, demarcada para aplicação de Medidas de Segurança, há a convivência “harmônica”, em tese, no mesmo ordenamento jurídico das normas constitucionais mais avançadas de proteção dos sujeitos em sofrimento mental.

Vejamos as considerações de Haroldo Caetano (2019):

A lei está posta. A Constituição de 1988 forma o alicerce jurídico assentado na dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos do Brasil como estado democrático de direito e, se o texto constitucional não faz exceções a dignidade do louco está contemplada, devendo assim ser respeitada pelas instituições do Estado. De igual forma, não mais se admite a imposição de sanções penais sem o pressuposto basilar da culpabilidade, o que indica a não-recepção, na Constituição, da teoria da periculosidade e do sistema de medidas de segurança definido no Código Penal⁶⁷.

Ora, tal hermenêutica constitucional-penal, ao endossar a tese da não-receptividade da Medida de Segurança pela Constituição de 1988,

⁶⁶ BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 343-344.

⁶⁷ HAROLDO, Caetano. **Loucos por liberdade: Direito Penal e Loucura**. Goiânia: Escolar Editora, 2019, p. 202.

apresenta novos rumos político-jurídicos para a responsabilização do Estado brasileiro, que ainda insiste na manutenção dos manicômios judiciários:

As justificativas voltadas a dar sustentação ao manicômio judiciário são frágeis do ponto de vista legal. Isto porque as medidas de segurança constituem-se em institutos jurídicos ultrapassados, fundamentados na teoria da periculosidade, ideia que não encontra qualquer sintonia com a Constituição de 1988. Aliás, é no mínimo contraditório considerar a medida de segurança uma forma de *tratamento*, como pretende a legislação penal, uma vez que se apresenta como tratamento que se volta não para a cura de alguma enfermidade, mas sim para fazer cessar a periculosidade, algo que não se constata a partir do diagnóstico clínico e que deriva exclusivamente de uma ficção legal criada a partir da infeliz parceria entre a psiquiatria e o direito. No lugar de funcionar como tratamento, as medidas de segurança levam ao contrário, à cronificação do transtorno mental mesmo nos quadros clínicos menos graves, o que é facilmente verificável logo ao primeiro contato com qualquer manicômio judiciário brasileiro⁶⁸.

Como se nota, lamentavelmente, os resquícios manicomialistas ainda estão presentes na percepção jurídica brasileira, sobretudo nos campos penal e civil, que insistem na invisibilização da dor psíquica e na ausência de escuta do sujeito em sofrimento mental:

Considerando-se que a legislação de saúde mental brasileira propõe uma estrutura voltada para o tratamento e o apoio, e não para a punição, faz-se necessária a inter-relação dessa estrutura com o sistema de justiça criminal visando a efetiva implementação do acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos garantidos às pessoas em sofrimento mental autoras de delito⁶⁹.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 204.

⁶⁹ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito**. In *Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades*. (Coord) Ludmila Cerqueira Correia, Rachel Gouveia Passos – Rio de Janeiro: Gramma, 2017, p. 99-100.

Nesse sentido, é de suma importância a construção de um desenho jurídico que permita uma ética a partir da atenção intersubjetiva, que envolve a visibilidade e a escuta como elementos da prática do cuidado em saúde mental e que também consideram a nossa existência frágil, contingente e, portanto, profundamente vulnerável:

A ética do modelo clássico de atenção psiquiátrica calca-se na lógica manicomial, na exclusão, na pressuposição de improdutividade, de periculosidade e de incurabilidade. É uma ética que favorece a medicalização como recurso terapêutico em nível individual e social, bem como para sanar supostas anormalidades e controlar a vida cotidiana. A ética da Reforma Psiquiátrica funda-se na abordagem fenomenológica-existencial e apoia-se no conceito de desinstitucionalização. Propõe uma práxis onde as instituições se assumam como parte de uma rede de cuidados com a finalidade de restaurar a cidadania plena dos usuários de serviços de saúde mental e de responder às necessidades das comunidades e dos cidadãos, conforme ativamente percebidas a partir de um sistema de informações e de um monitoramento efetivamente e competentemente planejado para este fim⁷⁰.

Portanto, a noção de desinstitucionalização está tanto mais garantida à medida que o sujeito em sofrimento psíquico consegue exercer sua cidadania no convívio político, ao recusar a prática asilar:

A desinstitucionalização torna-se assim um processo, a um só tempo, de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas – expresso principalmente nos princípios do colocar entre parênteses a doença mental, o que permite a identificação e a desmontagem do duplo da doença mental, e no trabalho com o sujeito concreto, encortinado pelo conceito da doença – e de invenção prático-teórica de novas formas de lidar, não mais com a doença, mas com o sujeito doente⁷¹.

⁷⁰ OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica antimanicomial**. In **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica** (Org) Sandra Caponi *et al.* Palhoça: Ed. Unisul, 2010, p. 276.

⁷¹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p. 100.

Caso contrário, a lógica manicomial predomina e, por consequência, a ausência, na prática, de direitos e garantias fundamentais. “A desinstitucionalização é, ainda, um conceito necessário para pensar a re-estruturação da cidadania e garantir o não recrudescimento do sistema de violência institucional típico dos modelos baseados na lógica manicomial”⁷². Nesse sentido, é importante reconhecer as inquietações de Joel Birman (1992) sobre o paradoxo da questão do estatuto da loucura:

A condição de cidadania do doente mental é marcada pelo *paradoxo*, sendo esse paradoxo constitutivo da figura da doença mental. Vale dizer, o estatuto de cidadania do enfermo mental não tem *positividade* líquida e certa, que teria sofrido certos desvios de rota e distorcido os verdadeiros direitos sociais dos doentes, de forma que a política de saúde mental deveria se nortear pelo restabelecimento dessa evidente positividade que teria sido negativizada. Pelo contrário, o paradoxo inscrito no estatuto de cidadania do enfermo mental indica que a *negatividade* dessa condição social não se inscreve no corpo dos doentes por razões políticas e assistenciais de ordem meramente conjuntural, mas por razões de ordem estrutural, instituídas na constituição histórica da figura da enfermidade mental⁷³.

Portanto, propor estratégias efetivas de desinstitucionalização perpassa pela superação desse paradoxo de transcurso estrutural ao longo da história da assistência psiquiátrica no Ocidente, ao buscar eliminar os resquícios dos manicômios mentais ainda presente nas ações e políticas públicas governamentais.

Assim, é de suma importância caracterizar o teor da **noção de desinstitucionalização** neste trabalho, para que não haja controvérsias em relação à perspectiva de **desospitalização** – que consiste na redução

⁷² OLIVEIRA, *op. cit.*, p. 276.

⁷³ BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 73.

de custos estatais, mas que conserva o modelo “hospitalocêntrico” – e de **desassistência** do Estado – que ao fechar os hospitais psiquiátricos e não apresentar serviços substitutivos em saúde mental de qualidade, reforça o desamparo dos sujeitos com sofrimento mental.

A partir da desconstrução basagliana, Paulo Amarante (1996) propõe uma ética da desinstitucionalização:

A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se numa dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É uma manifestação ética, sobretudo, se exercitada no sentido do reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa, prática e teoricamente, novas possibilidades de reprodução social destes mesmos sujeitos⁷⁴.

Em outras palavras, quero dizer que a existência de uma democracia antimanicomial só é possível através da desinstitucionalização que compreenda o cuidado em liberdade dos sujeitos com sofrimento psíquico através da responsabilidade do Estado brasileiro, em propor, de forma ampla, serviços extra-hospitalares de qualidade em avaliação psicofísica e que assegurem, de fato, o direito à saúde mental.

1.2 A CONDIÇÃO DA EXISTÊNCIA HUMANA E A INTERDEPENDÊNCIA

Uma vez analisada a **vulnerabilidade existencial**⁷⁵ e a **experiência vivente**⁷⁶ como condições de possibilidade para uma ética de cuidado em saúde mental, bem como para (re)pensarmos o contrato social, a própria

⁷⁴ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p. 121.

⁷⁵ Experiência originária intersubjetiva do corpo-sujeito marcada pela condição primária da existência humana.

⁷⁶ Consiste na inscrição corporal das experiências objetivas e subjetivas (psicofísicas) em vitalidade.

condição humana **finita** nos convida para buscarmos o **exercício em ato da própria liberdade**, maximamente. Com isso, quero dizer, devemos procurar **afirmar nossa singularidade no cotidiano de nossas vidas**.

Sendo assim, a consciência do arranjo socioafetivo de nossa **interdependência**⁷⁷ é primordial para a manutenção da saúde psíquica. “A subjetividade concreta é inseparável do mundo e, portanto, do corpo”⁷⁸. Assim, somos tanto mais **livres**, quanto mais cômicos de nossa **finitude e interdependência** de nossos corpos.

Ora, se é verdade que a **liberdade é terapêutica**, logo deve haver uma relação necessária, diretamente proporcional, entre as variáveis do **cuidado terapêutico**, da **finitude** e da **interdependência** para a experiência saudável da **vida concreta**. Nesse sentido, a **integralidade da ética do cuidado é psicofísica**:

Os processos psicofísicos são organizados segundo relações intrínsecas ou internas, o que significa que, em nossa concepção, a psicologia e a lógica, a existência e a subsistência, e até mesmo, sob certos aspectos, a realidade e a verdade, não pertencem a dois domínios ou a dois universos de discursos verdadeiramente diferentes, entre os quais nenhuma relação inteligível poderia existir⁷⁹.

Portanto, é a partir das relações intrínsecas (**psicofísicas**) que demarcam a **imanência** da experiência interdependente da condição humana que devemos pensar na hermenêutica jurídica do campo em saúde mental, pois “cultura é *intencionalidade objetivada*”⁸⁰. Além disso, adverte Aquiles C. Guimarães que “os sentidos essenciais de uma norma

⁷⁷ Constituída pela vulnerabilidade existencial demarcada pela vivência em território geográfico.

⁷⁸ CHAUI, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 73.

⁷⁹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Ciências do Homem e Fenomenologia**. Tradução: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Saraiva, 1973, p. 54.

⁸⁰ GUIMARÃES, Aquiles Córtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 63.

jurídica serão descobertos a partir dos fatos ou dos atos a que ela se destina”⁸¹.

Assim, “o objeto do Direito é apenas a referência dos seus sentidos”⁸², sendo necessário buscar entender a essência dos direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal de 1988, uma vez que “a fonte do Direito é a consciência humana”⁸³:

O que busca a fenomenologia do Direito na percepção, intuição e descrição das suas essências é a explicitação do ser do Direito na sua verdade radical, afastando o risco do relativismo de nefastas consequências epistemológicas e éticas. A evidência jurídica se revela na pureza das essências provenientes dos fatos como *dados vividos* e da própria estrutura normativa que os disciplinam na provisoriedade dos acontecimentos. Por tudo isso, repensar o Direito é regressar à consciência como fundamento último de toda possibilidade de sua evidencição⁸⁴.

Dessa forma, as **pausas reflexivas**, neste mundo cada vez mais hiperconectado, são fundantes, à medida que a consciência torna ainda mais evidente as relações de **intencionalidades** presentes no fenômeno jurídico. “O Direito está submetido, necessariamente, à sua própria historicidade. Portanto, deve ser interpretado com os olhos voltados para os *acontecimentos*”⁸⁵.

Com efeito, a ruptura com os modelos jurídicos abstratos sobre a natureza humana contribui para melhor entendimento da singularidade de cada cidadão. Sendo assim, a compreensão jurídica sobre os estudos das deficiências psicossociais precisa estar ancorada na vida concreta.

⁸¹ *Ibidem*, p. 19.

⁸² *Ibidem*, p. 56.

⁸³ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 65.

⁸⁴ *Ibidem*, p. 57-58.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 85.

Ora, o que aparece à consciência da manifestação do mundo normativo, enquanto reconhecimento da disputa política sobre o sentido jurídico do conteúdo hermenêutico da expressão⁸⁶ **direito à saúde mental** demonstra a interação **consciência-mundo**, pois “a fenomenologia dos valores jurídicos opera no campo puramente axiológico, ou seja, nos jogos infinitos de percepção e concreção das *qualidades* indispensáveis à manutenção da vida civilizada”⁸⁷.

Ao lado da vida psico-orgânica, com a tentativa de digitalização do mundo, há o estímulo diário à hiperconectividade. Entretanto, é oportuno dizer que a **interdependência deve ser reconhecida através da vivência territorial** e, portanto, distante da ilusão de que o **mundo em redes** seria mais solidário e com amplo compartilhamento de virtudes de cuidado.

Exercer, assim, a liberdade na própria vivência geográfica e ser acolhido em cuidado psíquico no território em que habita. “Como a história não se escreve sem o espaço/ território, a subjetividade, assim, é indissociável dele”⁸⁸.

Além disso, de modo crítico, Aquiles C. Guimarães faz um alerta sobre o espírito do século XXI, marcado “pela ausência de pensamento e pelo predomínio do digitalismo, a enfermidade fatal deste século”⁸⁹, que

⁸⁶ “Quando o *conatus* é fortalecido pela aptidão para afetar e ser afetado de múltiplas maneiras simultâneas, o corpo se torna causa adequada de suas atividades: exprime-se nelas. Quanto o *conatus* é fortalecido pela aptidão para conhecer a origem, ordem e conexão das essências formais e objetivas, a alma se torna causa adequada de sua atividade: exprime-se nela. A relação de interioridade entre causa e efeito significa: a alma é ideia de seu corpo e de si mesma... *Somos* uma expressão da atividade infinita numa essência singular existente em ato” Cf. CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 82.

⁸⁷ GUIMARÃES, *op. cit.*, p. 133.

⁸⁸ FRANCO, Renato Ferreira. **Território e subjetividade: uma (re)territorialização da loucura**. In: **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática**. Ana Marta Lobosque, Celso Renato Silva (Org). Belo Horizonte: CRP 04, 2013, p. 213.

⁸⁹ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 26.

anula a relevância da produção da atividade meditativa, em nome do tecnicismo:

Caminhar para uma sociedade global digitalizada significa tomar o caminho do suicídio do próprio espírito, uma vez que toda a parafernália tecnológica não passa de um notável avanço no sentido de enfraquecer e anular quaisquer relevâncias que pudessem ser atribuídas à atividade meditativa⁹⁰.

A atividade hermenêutica jurídica deve ser demarcada por uma assídua meditação, a despeito da aceleração digital do mundo contemporâneo e do tecnicismo da prática jurídica cotidiana, para o entendimento dos fenômenos da experiência vivente e retorno ao **mundo da vida**. “Hoje, a nova forma de colonização é a tecnologia, a informática e todos os demais aparatos que permitem o controle da vida e da existência das pessoas”.⁹¹

Dentro desse contexto de discussão sobre a força operante das tecnologias e o conceito de subjetividade, Aquiles C. Guimarães nos adverte sobre os riscos da manipulação pela tecnociência: “A subjetividade, hoje, está sendo manipulada, amplamente, pelos “sistemas” produzidos pelas tecnociências e tenda a dissolver-se nessa engrenagem, indiferente ao que existe de humano na humanidade”⁹².

Tratar da temática digital ao refletirmos sobre a condição humana e os vínculos de interdependência é de suma importância, já que os eventos existenciais são psicofísicos e atravessam a integralidade da experiência do corpo-sujeito, com impactos diretos na vida concreta e orgânica, e por consequência, na saúde mental. Vejamos a advertência de Elza Pádua (2006) sobre os riscos da manipulação informacional:

⁹⁰ *Ibidem*, p. 26.

⁹¹ *Ibidem*, p. 100.

⁹² *Ibidem*, p. 94.

A sociedade ocidental é profundamente individualista, o que provoca uma cisão entre o que o sujeito considera ser sua identidade e os estímulos da sociedade, ou como deve se comportar para sobreviver. Daí resulta uma dicotomia com origem no interior da própria pessoa. A partir disso, refleti sobre como a hiperinformação, que produz a desinformação à qual as pessoas são submetidas pela mídia, é, em si mesma, multiplicadora deste processo. A hiperinformação cria o que chamo de esquizofrenia social, a saber, a incapacidade de se responsabilizar pelos próprios atos sociais. Por outro lado, a mídia, é ao mesmo tempo, denunciadora desta dicotomia/esquizofrenia. Isto revela na própria produção jornalística sobre o comportamento, que volta seu olhar para a família tradicional e para o corpo social, criticando-o e analisando-o. Esse jogo de acobertamento entre o que se sente e o que se enuncia produz pessoas que passam diariamente mentindo por necessidade de acomodação social e por imperativo profissional⁹³.

Nesse contexto de fragmentação do mundo e de ampla divulgação de notícias falsas, fica evidente que, para superar o individualismo, é necessário aceitar e reconhecer a contingência da experiência humana, a fim de eliminar a discriminação entre os sujeitos. Com vistas à afirmação da singularidade da vida concreta, a noção de interdependência é fundamental para (re)pensarmos nosso pacto social, já não mais fundado na razão moderna, mas em nossa vulnerabilidade existencial – nossa verdadeira condição, enquanto humanos.

Logo, a despeito do individualismo, o sentido da experiência humana, para além do racionalismo instrumental e da tecnociência, parece-me habitar a **interdependência**. O engendramento do pacto social fundado na razão nos custou até agora a incapacidade de superar o olhar discriminatório, enquanto sociedade, destinado aos sujeitos em sofrimento mental:

⁹³ PADUA, Elza. **Esquizofrenia Social: ensaio sobre a ética da sobrevivência**. Porto Alegre, RS: Zouk, 2006, p. 22.

Quando falamos da Ordem Jurídica como objeto supremo do Direito estamos nos referindo a uma estrutura normativa realizada na temporalidade como instrumento de controle das ações dos indivíduos na dimensão das relações jurídicas. Sua pretensão é realizar o Direito. Mas, desde que concretizada na positividade normativa a ideia de Direito, é necessário intuir e descrever as essências de tudo aquilo que se manifesta como sua realização efetiva no interior da Ordem Jurídica. Ou seja, investigar a estrutura essencial do conjunto de normas ditadas pelo Estado à luz do Direito, enquanto objeto ideal, fruto da criação humana. Essa é a função da eidética jurídica como atitude primordial a ser adotada no esclarecimento dos verdadeiros significados e sentidos daquilo que se manifesta com tanta familiaridade na nossa vida cotidiana e que nominamos milenarmente como Direito⁹⁴.

Assim, existirão tantas lacunas jurídicas quanto à diversidade da vida assim impor contrariamente à objetividade abstrata de categorias jurídicas. Em outras palavras, quero dizer que a diversidade da existência (conteúdo) é o pressuposto da norma jurídica (forma) e não o contrário. “Somos prisioneiros da brutalidade do objetivismo que nos impede de descortinar a amplitude infinita dos sentidos dos objetos que formam a tessitura do mundo”⁹⁵.

Para saída da prisão do objetivismo é oportuno reconhecer que há um elo compartilhável, interdependente entre os corpos-sujeitos na sociedade, a despeito do sujeito está acometido de enfermidade mental: todos nós somos vulneráveis. “Cuidar é entender aquele ou aquela para quem esse cuidado se faz e esse entendimento só se produz de forma historicizada e relacional”⁹⁶.

⁹⁴ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 179.

⁹⁵ *Ibidem*, p. 178.

⁹⁶ NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. **Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica: O pêndulo da história e a dimensão sociocultural**. In: **Saúde Loucura. Tessituras da Clínica: Itinerários da Reforma Psiquiátrica**. Rosana T. Onocko-Campos e Bruno Ferrari Emerich (Org). 1ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2019, p. 161.

O mundo vivido organicamente é construído pelo laço político da interdependência permitindo o cultivo e florescimento daquilo que é próprio de cada singularidade irreduzível.

2

A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO CORPO-SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

2.1 A SINGULARIDADE DA VIDA: A AUTONOMIA COMO PRÁTICA INTERDEPENDENTE

Uma vez expostas, em linhas gerais, as noções de **ética do cuidado** como prática (processo) de acompanhamento, de **vulnerabilidade** como condição axiomática da finitude humana, da **atenção** como pressuposto para o elo da **interdependência** com repercussões no âmbito da saúde mental brasileira, entendo ser oportuno considerar a discussão sobre a **diversidade na Unidade**, que necessariamente compreende o conceito de **singularidade** e seus desdobramentos na **prática interdependente** e, no âmbito social, do exercício da hermenêutica jurídica. Nesse sentido, as contribuições ontológicas de Espinosa e Merleau-Ponty apresentam caminhos para a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento mental e o seu exercício da liberdade em ato.

Ora, a noção de **autonomia** exprime a ideia de desinstitucionalização do corpo-sujeito com vistas à melhor compreensão do cuidado jurídico a ser praticado em liberdade. De fato, “a reforma psiquiátrica, introduzindo o tema da autonomia pessoal e da vida civil ativa como critérios de eficácia terapêutica, produzirá fatalmente mudanças práticas na cultura da tutela”¹.

Nesse sentido, as políticas públicas em saúde mental devem adequar-se às singularidades, de modo crítico aos paradigmas jurídicos abstratos e universais, ao considerar que a experiência do sensível é

¹ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Pessoa e bens: sobre a cidadania dos curatelados**. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 110.

uma experiência da vulnerabilidade humana, demarcando oposição à lógica manicomial.

Assim, o que se propõe é pensarmos a construção da forma jurídica e do escopo de proteção dos direitos e garantias das pessoas em sofrimento psíquico, a partir da **diversidade existencial**. Por isso, a noção clássica de autonomia, enquanto capacidade do sujeito de se autodeterminar e exercer direitos e contrair obrigações precisa ser revista à luz da **prática interdependente**, uma vez que a “razão abstrata”² tudo percebe e nada habita.

Parte-se da premissa de que até mesmo o sujeito que se considere “autônomo”, “capaz” e “independente”, ainda assim, ele está inserido no **nexo causal de relações**. Em outras palavras, para ele se constituir, no plano civil e político, ele deve necessariamente considerar a imprescindibilidade do Outro (condição *sine qua non*).

Assim, interessa-me, buscar olhar a **relação** do corpo-sujeito/singularizado e sua complexidade nos seus processos de individuação – autonomia – como **práxis** do rearranjo estrutural afetivo-político (**interdependência**). Nesse sentido, examinemos as considerações de Marilena Chauí (1981):

O desejo, forma afetiva do *conatus*, é uma causa eficiente imanente da qual depende a qualificação de algo como bom-útil, mau-nocivo. O *conatus*, esforço para perseverar na existência, define nossa potência de agir e os obstáculos por ela enfrentados e que podem reduzi-la à passividade. Será bom tudo quanto aumentar a potência de agir do *conatus*, e mau, tudo quanto diminuí-la. Assim, bom e mau exprimem apenas a qualidade atual do movimento interno de uma essência singular na busca de sua realização. São relações³.

² REZENDE, Cristiano Novaes de. **Os perigos da Razão segundo Espinosa: A inadequação do terceiro modo de perceber**. Card. Hist. Fil. Ci., Campinas, Série 3, v. 14, n. 1, 2004, p. 59-118.

³ CHAUÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 50.

Com efeito, uma vez reconhecida as **dificuldades relacionais** do exercício da razão e do seu emprego individual⁴ no campo jurídico, sobretudo de natureza civil, devemos nos questionar se as inflexões e releituras jurídicas, a partir de então, devem ser ainda marcadas pela **razão instrumental**, primordialmente, no que diz respeito ao contrato social ou se deveríamos, de fato, reconhecer a nossa vulnerabilidade existencial para, assim, pensar na conjuntura do corpo político:

O universo da loucura inscreveu-se na nova ordem política de maneira estranha, pois os loucos foram excluídos do estatuto da cidadania plena e do reconhecimento dos seus direitos fundamentais no espaço social. Com efeito, transformada na figura da enfermidade mental, a figura da loucura passou a ser representada como efetivamente destituída da razão, de forma que como ser alienado da sua razão o louco não era considerado como sendo propriamente sujeito. Como decorrência disso, o louco não era representado como sendo igual aos demais cidadãos, não podendo então associar-se de maneira fraterna com as demais individualidades no espaço social. Sendo, portanto, representado como um ser mutilado na sua razão, o louco não poderia exercer a sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade. Enfim, em função de sua alienação fundamental a figura do doente mental não era reconhecida como a de um *ser inscrito nos universos da razão e da vontade*, não podendo consequentemente ser representado como um *sujeito do contrato social*. Dessa maneira o doente mental não poderia ser um cidadão propriamente dito, pois em decorrência de sua alienação fundamental não era considerado como um sujeito da razão e da vontade⁵.

É a saída da ilusão egocêntrica do contrato social, já que no campo da **afetividade política** a humanidade também segue as “leis comuns da

⁴ “A categoria de indivíduo, segundo Merleau-Ponty, foi profundamente transformada pelo surgimento do conceito de estrutura. Quando os fenômenos são apreendidos em termos de estrutura, de totalidade ou de ser molar, e não em termos de “coisas”, a individualidade deixa de ser uma realidade alheia à “generalidade”; a generalidade é, antes, ou o antagonista dialético, ou a armação da individualidade. Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 42.

⁵ BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p.74.

natureza”⁶, e, portanto, o sujeito não está “na natureza qual um império num império”⁷.

Se o estado de **vulnerabilidade humana** é o elo de unidade da experiência política, é sobre ela que deve ser construída as **bases do regime político democrático**, com elementos de **acolhimento e abertura** para todos estarem à mesa da convenção social, de modo igualitário:

Qualquer reforma psiquiátrica radical tem que começar pelo reconhecimento desse paradoxo, que marca a relação da loucura com os pressupostos éticos da cultura ocidental. A reforma psiquiátrica e o reconhecimento efetivo da cidadania para os loucos implicam na constatação de que estes não têm qualquer dívida para com a nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade⁸.

É tempo de compreendermos que a busca pelo reforço do pacto social e a saída para a crise da democracia social-liberal precisa estar assentada naquilo que **todos temos em comum - a vulnerabilidade** – e não fundada na diferença.

Nesse caminho, é importante ressaltar preliminarmente a constituição do **pacto social como relações corpóreas** e suas implicações intersubjetivas decorrentes da **natureza da percepção**, inclusive do processo saúde-doença. Além disso, a dor psíquica é também atravessada e constituída pelos arranjos afetivo-políticos do sujeito.

Sob este aspecto, cumpre considerar as contribuições de Espinosa e Merleau-Ponty sobre a **relação corpo-mente** e a **natureza das percepções** para entender (1) **a formação do pacto social** e (2) **os**

⁶ E, I, Pref.

⁷ E, I, Pref.

⁸ BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p.87-88.

caminhos de cuidado em liberdade para os sujeitos em sofrimento mental no cenário brasileiro.

De acordo com Homero Santiago (2004), Merleau-Ponty reconhece a importância do racionalismo seiscentista como passagem obrigatória à filosofia contemporânea. Com efeito, há uma atmosfera comum de pretensões e horizontes de temas⁹ entre Espinosa e Merleau-Ponty:

Gostaríamos de concluir um horizonte de inteligibilidade do ser comum às filosofias de Espinosa e Merleau-Ponty: pensar no todo, no nexo e no entrecruzamento de suas partes, a sua expressividade essencial; em ambos, um mesmo motivo animador, uma mesma inquietação em investigar a matriz de nosso próprio pensamento e de nossa vida, o que determina a continuidade entre nós e o mundo e o ser. É um horizonte em que a filosofia pode se instalar e fazer jus às suas mais altas tarefas, sem tergiversar aos percalços e consciente das dificuldades, mas também sem desesperançar de ganhos notáveis¹⁰.

Por alimentar mais Esperança do que Medo¹¹, a partir dessa interface entre a ontologia e a política espinosana e merleau-pontyana, tratarei **do cuidado em liberdade do corpo-sujeito em sofrimento psíquico**. É neste **entrecruzamento do nexo causal das relações** que habita o exercício da liberdade em ato, em detrimento da institucionalidade e do seu caráter asilar, que ao longo da história¹² da

⁹ SANTIAGO, Homero. **Espinosa e Merleau-Ponty: Convergências?** Revista Trans/Form/Ação, São Paulo, 27 (1), 2004, p. 21 e 23.

¹⁰ *Ibidem*, p. 25.

¹¹ De acordo com Espinosa, “a Esperança é a Alegria inconstante originada da ideia de uma coisa futura ou passada de cuja ocorrência até certo ponto duvidamos” (E, III, Prop. XII), por sua vez, “o Medo é a Tristeza inconstante originada da ideia de uma coisa futura ou passada de cuja ocorrência até certo ponto duvidamos” (E, III, Prop. XIII). Sendo assim, o filósofo explica: “não se dá Esperança sem Medo, nem Medo sem Esperança. Com efeito, supõe-se que quem está suspenso pela Esperança e duvida da ocorrência da coisa imagina algo que exclui a existência da coisa futura; por isso se entristece e, conseqüentemente, enquanto está suspenso pela Esperança tem medo que a coisa não ocorra. Quem, pelo contrário, está com Medo, isto é, duvida da ocorrência da coisa que odeia, também imagina algo que exclui a existência da coisa; por isso se alegra e, conseqüentemente, tem Esperança de que não ocorra” (E, III, XIII, explicação).

¹² “O sujeito da história entendida como práxis é o “homem como produtividade, como aquele que quer dar forma à sua vida” (PP 200), o homem no exercício de sua liberdade. Logo, o movimento da história

saúde mental brasileira, se mostrou precário e excludente ao promover o controle social dos corpos.

Merleau-Ponty ao analisar o problema da “*percepção do corpo próprio*”¹³ propõe “tentar uma síntese dos resultados da psicologia experimental e da neurologia, no que tange ao problema da percepção, e determinar, pela reflexão, o seu sentido exato, e talvez, reformular certas noções psicológicas e filosóficas correntes”.¹⁴

Sob esse aspecto, Merleau-Ponty afirma que “a elucidação do problema psicológico não poderia estar completa sem recurso à filosofia da percepção”¹⁵, ainda que não estivesse em sua intenção interrogar sobre os “problemas últimos da percepção – o sentido da verdade no conhecimento sensível”¹⁶.

Ora, decorrente da leitura merleau-pontyana sobre a **percepção do corpo próprio** (psico-orgânico), atravessada pela **natureza das percepções** é possível assinalar, de modo central, a **relação corporemente** como necessária para a compreensão da formação do pacto social e dos desdobramentos dos caminhos de cuidado em liberdade para os sujeitos em sofrimento mental.

Ora, o **enlaçamento** demarcado pela linguagem, no espaço público, permite-me pensar o exercício em ato da liberdade e do poder político,

não depende de “uma potência estranha que disporia de nós para seus fins” (PP 512), mas do homem, da comunidade simultânea e sucessiva dos seres humanos inseridos em formas históricas relativamente estáveis e, contudo, maleáveis, que eles sofrem e que eles transformam. O que dá sentido à história é o fato de haver no agir humano tanto uma “generalidade” (resultante do enraizamento de todo agir numa natureza das coisas ou numa lógica da coexistência) quanto uma liberdade de recuperar e de transformar essa situação de fato começando por abraçar suas imposições” Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 40.

¹³ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 11.

¹⁴ *Ibidem*, p. 13.

¹⁵ *Ibidem*, p. 20.

¹⁶ *Ibidem*, p. 20.

de modo singular, a partir do pensamento de Espinosa: “a obra espinosana não é apenas um lugar onde se fala sobre o poder e sobre a autoridade, mas um lugar onde *falar já é um ato de liberdade*, pois a forma dessa fala/escrita é uma tomada de posição quanto ao poder e à liberdade em seus vínculos com o saber”¹⁷.

Sob esse aspecto, assegurar canais de acessos igualitário e singularizado à participação no sistema de justiça envolve também a compreensão de dar vez e voz para os sujeitos em sofrimento psíquico no espaço sociojurídico, de modo a permitir a composição das decisões em unidade política na diversidade do exercício em ato da liberdade:

O discurso verdadeiro e livre só pode nascer e desdobrar-se segundo uma necessidade interna que desvende o engendramento das coisas e das práticas humanas, e das quais se oferece como reflexão e crítica. O discurso livre é aquele capaz de proferir de seu próprio interior o que torna possível e o que o tornaria impossível – é, simultaneamente, *discurso e contradiscurso*¹⁸.

Nesse sentido, sobre as condições de possibilidade e limites do discurso há que se buscar o anseio democrático. Assim, o que não torna possível o discurso da diversidade existencial e o reconhecimento da singularidade da pessoa em sofrimento mental é a abstração jurídica e a falsa pretensão universalista das categorias conceituais que não correspondem ao caso concreto, sobretudo, no campo da saúde mental.

Observemos os riscos da linguagem, de forma que ficam ampliados à medida que buscam a abstração:

A linguagem se encontra do lado do erro e situada no exterior face ao movimento interno do intelecto na busca do verdadeiro. Originando-se do e no corpo, é uma atividade imaginativa e, como tal, sujeita a todos os enganos

¹⁷ CHAUÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo** (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty). São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 97.

¹⁸ *Ibidem*, p. 97.

e mal-entendidos próprios da imaginação. Fonte de quiproquós e de controvérsias, é pouco propícia à clareza conceitual exigida pelo intelecto¹⁹.

Essa abertura para o intelecto, através da linguagem, que envolve também a atividade imaginativa deve ser orientada por uma atividade racional concreta e singularizada na prestação jurisdicional do cuidado do sujeito em sofrimento mental:

Reavivando a língua, a linguagem de Espinosa nos ensina uma certa maneira de filosofar, transformando em sabedoria e liberdade aquilo que Merleau-Ponty chama de “fé perceptiva”. Nesse movimento, Baruch transgride sua cultura e Benedictus rompe a barreira cristã: sua obra não é apenas afirmação de somos parte do infinito, mas de que nele tomamos parte pela força de uma potência pensante que nos faz conhecer o mesmo que o infinito e da mesma maneira que ele.²⁰

A confluência linguística da liberdade, da sabedoria e da fé perceptiva, na presente perspectiva filosófica, nos convida à experimentação dos convívios político e comunitário, sem abstração jurídica, ao entender que a Eternidade é agora²¹ através do olhar singularizado de que a nossa contingência, finitude e temporalidade são o que nos une, já que todos nós somos vulneráveis. “É preciso que a significação e os signos, que a forma e a matéria da percepção sejam aparentadas desde a origem e que, como se diz, a matéria da percepção esteja “grávida da sua forma”.²²

¹⁹ *Ibidem*, p. 11

²⁰ CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 70.

²¹ MARTINS, Laércio Melo. **A primazia do corpo na cura da mente: contribuições do sistema espinosano para uma ética médica em saúde mental**. 2021. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, 2021, p.79.

²² MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 47.

Assim, importa dizer: é a partir do reconhecimento da singularidade e/ou da condição de adoecimento psíquico do sujeito que a forma jurídica deve nascer, de modo não-universal, em **atualidade**:

A incapacidade para o atual se manifesta pesadamente nas paixões, quando sucumbimos à fragmentação temporal, aterrorizados pelo que virá e atormentados pelo que já foi. Medo e esperança, de um lado, e memória, do outro, nos aprisionam na roda no tempo, cuja contingência se abate sobre nós com a fatalidade do destino. A perda do presente num passado recalcitrante produz a mais triste das paixões: o remorso. A perda do presente num futuro vazio produz a mais terrível das paixões: a ambição²³.

O campo jurídico deve permanecer sempre latente, aberto e jamais se autocentrar na ilusão de promover um arquétipo abstrato normativo. “O que nos salva é a possibilidade de um novo desenvolvimento e nosso poder de tornar verdadeiro mesmo o que é falso, repensando nossos erros e recolocando-os no domínio do verdadeiro”²⁴.

Com efeito, a faculdade de nomear e o uso da linguagem são condicionados pelo corpo e pelo campo imaginativo:

O ente de razão (*ens imaginationis*) é apenas um *modus cogitandi*. Há dois modos de pensar: aquele que concebe a existência das coisas fora do espírito – as ideias – e aquele que não representa nada fora de si mesmo – as imagens enquanto afecções de nosso corpo na relação com outros. No entanto, tendemos a crer que tais entes são reais e não meras disposições de nosso corpo. Enquanto disposições corporais, são reais, mas enquanto expressão de realidades objetivas (ou essências formais), são puras imagens²⁵.

A percepção da disposição do nosso corpo em contato relacional nos coloca a fazer uso das imagens decorrente dessa afecção em torno

²³ CHAÚÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo** (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty). São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 61.

²⁴ MERLEAU-PONTY, *op. cit.*, p. 56-57.

²⁵ CHAÚÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo** (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty). São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 41.

do real, e, portanto, do ente de razão através da empatia. “O verdadeiro é o *objetivo*, o que logrei determinar pela medida ou, mais geralmente, pelas *operações* autorizadas pelas variáveis ou entidades por mim definidas a propósito de uma ordem dos fatos”²⁶.

A constituição empática dessa ordem dos fatos não prescinde da imaginação, pelo contrário, é através dela e com o uso do intelecto, a busca da convergência mútua do corpo e da mente: “imaginar é a força própria do corpo, como pensar é a força própria da alma. Imaginação forte e pensamento forte, liberdade de corpo e alma, criam entre as palavras e as ideias um vínculo interno de expressão recíproca”²⁷.

Dessa maneira, Espinosa nos convida a afirmar a vida em sua diversidade corpórea singularizada ao reconhecer a potência da nossa vulnerabilidade:

Filosofia das essências singulares afirmativas e crítica da teologia negativa, a filosofia de Espinosa assinala a emergência imaginária das palavras na experiência imediata do positivo – finito, dependente, mortal, criado – e na transposição, também imediata, desse positivo para o que não é objeto da experiência visível. Infinito, increiado, independente, imortal, incorpóreo não exprimem ideias, e sim as dificuldades da imaginação com o inteligível²⁸.

A linguagem é usada como experiência de acesso ao mundo jurídico, ao cuidado terapêutico, da afecção corpórea em busca do real – do invisível²⁹, mas concreto-, desvelado e inteligível, no âmbito sociopolítico.

²⁶ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 25.

²⁷ CHAUI, *op. cit.*, p. 82.

²⁸ CHAUI, *op. cit.*, p. 21.

²⁹ “Merleau-Ponty denomina invisível uma “armadura interior” do sensível, que o sensível a um só tempo “mostra e esconde” (VI 195) e cuja presença conta no sensível como a de uma cavidade ou de uma ausência: “o sensível não são somente as coisas, é também tudo o que ali se desenha, ainda que em negativo, tudo o que ali deixa marca, tudo o que ali figura, ainda que a título de distância e como uma certa ausência” (S 217). Por exemplo, a experiência de um corpo que percebe é a de uma outra

Em outras palavras, nesse espaço comum de convívio social atravessado, fundamentalmente, pelas leis da Natureza³⁰, nós nos constituímos enquanto sujeitos em nossas singularidades. “Nossas ideias, por mais limitadas que sejam num dado momento, exprimem sempre nosso contato com o ser e com a cultura e são suscetíveis de verdade, desde que as mantenhemos abertas ao âmbito da natureza e da cultura que devem expressar. Ora, este recurso é-nos oferecido sempre, justamente enquanto somos temporais”³¹.

Tal **lugar**, que aqui denomino de **espaço de (co)habitação da presença do corpo-sujeito**, “não é objeto de visão, mas de pensamento”³². Nisto, reside a diferença entre o espaço físico e o campo mental: a topografia geográfica não existe no plano mental para além das recordações e lembranças, cuja ocorrência se fazem no presente.

Segundo Maurice Merleau-Ponty, “toda percepção tem lugar num certo horizonte e enfim no “mundo” e que ambas nos são presentes mais praticamente do que explicitamente conhecidas e colocadas por nós e que, enfim, a relação de certo modo orgânica do sujeito preceptor e do

consciência no sentido de que o corpo que percebe deixa transparecer uma significação – decerto “invisível”, no sentido de “uma certa ausência que seu comportamento escava e dispõe atrás dele” (*id.*), mas sem a qual o corpo visível não se apresentaria como “corpo animado”. Logo, o invisível é essa armação do visível que dá ao visível sua presença significante, sua “essência ativa” (*Wesen*). Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 49-50.

³⁰ “ Ela designa uma dimensão do ser que nunca é rigorosamente separável do campo histórico, pois “o que é dado não é somente a coisa, mas a experiência da coisa, uma transcendência em um rastro de subjetividade, uma natureza que transparece através de uma história” (*PP* 376). Pensada como “mundo natural”, ela é o “fundo de natureza inumana” (*PP* 374) no qual as coisas estão enraizadas”. Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 58.

³¹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 56.

³² *Ibidem*, p. 26.

mundo comporta por princípio a contradição da imanência e da transcendência”³³.

Nesse sentido, a percepção nos oferece “presenças”³⁴, distintas de uma verdade geométrica, uma vez que o “lado não-visto é apreendido como presente”³⁵ e, assim, o “lado oculto está presente a seu modo”³⁶. Segundo Merleau-Ponty, “a síntese perceptiva deve, pois, se completada por aquele que pode delimitar nos objetos certos aspectos perceptivos, únicos atualmente dados, e, ao mesmo tempo, superá-los”³⁷. Tudo isso, realizado pelo e através do corpo entendido “como campo perceptivo e prático”³⁸.

Dessa forma, “a coisa percebida não é uma unidade ideal possuída pela inteligência (como por exemplo uma noção geométrica); ela é uma totalidade aberta ao horizonte de um número indefinido de perspectivas que se recortam segundo um certo estilo, estilo esse que define o objeto do qual se trata”³⁹.

Merleau-Ponty afirma que “a percepção é pois um paradoxo, e a coisa percebida é em si mesma paradoxal. Ela existe enquanto alguém pode percebê-la. Eu não posso sequer por um instante imaginar um objeto em si”⁴⁰. Nesse sentido, reside na percepção “um paradoxo da imanência e da transcendência”⁴¹:

³³ *Ibidem*, p. 42.

³⁴ *Ibidem*, p. 44.

³⁵ *Ibidem*, p. 45.

³⁶ *Ibidem*, p. 45.

³⁷ *Ibidem*, p. 47.

³⁸ *Ibidem*, p. 47.

³⁹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 48.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 48.

⁴¹ *Ibidem*, p. 48.

Imanência, posto que o percebido não poderia ser estranho àquele que percebe; transcendência, posto que comporta sempre um além do que está imediatamente dado. E esses dois elementos da percepção não são contraditórios propriamente falando porque se refletirmos sobre essa noção de perspectiva, se reproduzirmos em pensamento a experiência perspectiva, veremos que a evidência própria do percebido, a aparição de “alguma coisa”, exige indivisivelmente essa presença e essa ausência⁴².

O próprio mundo deveria então ser compreendido como “o estilo universal de toda percepção possível”. Assim, o desvelar de uma experiência perceptiva partilhável, não imposta como verdadeira para toda inteligência, “mas como real para todo sujeito que partilha minha situação”⁴³:

É preciso, pois, que pela percepção do outro eu me ache colocado em relação com um outro eu que esteja em princípio aberto às mesmas verdades que eu, em relação com o mesmo ser que eu. E essa percepção se realiza, do fundo da minha subjetividade vejo aparecer uma outra subjetividade investida de direitos iguais, porque no meu campo perceptivo se esboça a conduta do outro, um comportamento que eu compreendo, a palavra do outro, um pensamento que eu abraço e de que aquele outro, nascido no meio de meus fenômenos, se apropria, tratando-o segundo as condutas típicas de que eu próprio tenho a experiência. Do mesmo modo que meu corpo, funda a unidade dos objetos que eu percebo, do mesmo modo o corpo do outro, como portador das condutas simbólicas e da conduta do verdadeiro, afasta-se da condição de um de meus fenômenos, propõe-me a tarefa de uma verdadeira comunicação e confere a meus objetos a dimensão nova do ser intersubjetivo ou da objetividade⁴⁴.

“A experiência perceptiva é contraditória porque confusa; é preciso pensá-la; quando for pensada, suas contradições se dissiparão à luz da inteligência”⁴⁵. Como se nota, Merleau-Ponty busca constituir um

⁴² *Ibidem*, p. 48.

⁴³ *Ibidem*, p. 50.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 51.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 52.

laço orgânico entre a percepção e o intelecto, ao passo em que também reconhece a distinção entre a verdade ideal e a verdade percebida, bem como as evidências como marca de certas épocas culturais:

Há, pois, de comum entre a percepção e o pensamento que ambos comportam um horizonte de futuro e um horizonte de passado e que ambos aparecem a si próprios como temporais embora não transcorram com a mesma rapidez nem no mesmo tempo. É preciso pois dizer que a cada momento nossas ideias exprimem, ao mesmo tempo que a verdade, nossa capacidade de atingi-la nesse momento. O ceticismo começa quando se conclui a partir daí que nossas ideias são sempre falsas⁴⁶.

A finitude em si traduz uma vantagem: a contínua possibilidade de novos recomeços e aberturas às experiências culturais em sua unidade com a Natureza. “É verdade que o mundo é o *que vemos* e que, contudo, precisamos aprender a vê-lo”⁴⁷ e, nesse sentido, de acordo com Merleau-Ponty “a relação entre as coisas e meu corpo é decididamente singular”⁴⁸.

De fato, a compreensão do corpo – implica a relação com o Outro – e a constituição da experiência marcada pela percepção que “emerge no recesso de um corpo”⁴⁹:

Por certo, a menor retomada da atenção me convence de que esse outro que me invade é todo feito da minha substância: *suas cores, sua dor, seu mundo*, precisamente enquanto *seus*, como os conceberia eu senão a partir das cores que vejo, das dores que tive, do mundo em que vivo? Pelo menos, meu mundo privado deixou de ser apenas meu; é, agora, instrumento manejado pelo outro, dimensão de uma vida generalizada que se enxertou na minha⁵⁰.

⁴⁶ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 56.

⁴⁷ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 16.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 20.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 21.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 22.

Trata-se da constituição de um **mundo compartilhável**, para além da esfera privada e do sentido individual de [vida saudável] em **nossos corpos**. “Um mundo percebido, certamente, não apareceria a um homem se não se dessem condições para isso em seu corpo: mas não são elas que o *explicam*. Ele é segundo suas leis de campo e de organização intrínseca, e não como o *objeto*, segundo as exigências de uma causalidade existente “de um extremo a outro”⁵¹.

Dessa forma, a **noção do corpo** está numa correspondência primordial e, por si só, para o estabelecimento do mundo exterior. “O mundo percebido seria o fundo sempre pressuposto por toda racionalidade, todo valor e toda existência. Uma concepção deste gênero não destrói nem a racionalidade, nem o absoluto. Busca fazê-lo descer à terra”.⁵² Eis a virtude da potência de vida que a experiência concreta nos permite alcançar: “a Eternidade da vida concreta”⁵³!

Merleau-Ponty, ao tratar sobre o primado da percepção⁵⁴, critica a submissão do homem “à fatalidade de uma natureza ou de uma história exteriores e privado de sua consciência”⁵⁵:

A experiência da percepção nos põe em presença do momento em que se constituem para nós as coisas, as verdades, os bens; que a percepção nos dá

⁵¹ *Ibidem*, p. 32.

⁵² MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papyrus, 1990, p. 42.

⁵³ MARTINS, Laércio Melo. **A primazia do corpo na cura da mente: contribuições do sistema espinosano para uma ética médica em saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiás, p. 78-79.

⁵⁴ “Depois da obra de 1945, o “primado” da percepção é contestado, não só porque a percepção deve ser entendida, em última instância, como fenômeno da expressão (“Toda percepção [...] já é uma expressão primordial” – PM 111), mas sobretudo porque o próprio conceito de percepção está ligado ao pressuposto – que deve ser explicitado e criticado – de que a percepção seria uma “primeira camada” de experiência”, “concerniria a seres existentes num ponto do tempo e do espaço, por oposição ao conceito ou à ideia” (VI 209). Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 62.

⁵⁵ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papyrus, 1990, p. 63.

um *logos* em estado nascente, que ela nos recorda as tarefas do conhecimento e da ação. Não se trata de reduzir o saber humano ao sentir mas de assistir ao nascimento desse saber, de nos torná-lo tão sensível quanto o sensível, de reconquistar a consciência da racionalidade, que se perde acreditando-se que ela vai por si, que se a reencontra, ao contrário, fazendo-a aparecer sobre um fundo de natureza humana.⁵⁶

Dessa maneira, o filósofo francês nos convida à reflexão da abertura do saber, a partir da [do] experiência [modo] de percepção da natureza humana, que nos constitui. “Perceber é tornar algo presente a si com a ajuda do corpo, tendo a coisa sempre seu lugar num horizonte de mundo e consistindo a decifração em colocar cada detalhe nos horizontes perceptivos que lhe convenha”⁵⁷.

É um horizonte de multiplicidade de corpos que cura nesta síntese paradoxal e contraditória:

A percepção de uma coisa me abre ao ser, realizando a síntese paradoxal de uma infinidade de aspectos perspectivos, a percepção do outro funda a moralidade, realizando o paradoxo de um *alter ego*, de uma situação comum, colocando a mim, as minhas expectativas e minha solidão, no campo de visão de um outro e de todos os outros. Aqui como em toda a parte, o primado da percepção – o reconhecimento, no próprio coração da experiência mais individual, de uma contradição fecunda que a submete ao olhar do outro – é o remédio para o ceticismo e o pessimismo⁵⁸.

Com efeito, “os estímulos da percepção não são as causas do mundo percebido, mas que são eles que as revelam ou desencadeiam, não queremos dizer que se possa perceber sem corpo mas, ao contrário, que é preciso reexaminar a definição de corpo como puro objeto para compreendermos como pode ser nosso vínculo vivo com a

⁵⁶ *Ibidem*, p. 63.

⁵⁷ *Ibidem*, p. 92-93.

⁵⁸ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 65.

natureza”⁵⁹. Observemos as considerações de Marilena Chauí (1981) sobre a constituição do estado de regime e a relação dos modos:

A relação dos modos (infinitos e finitos) com Deus se faz em estado de regime. E isto de duas maneiras. Em primeiro lugar, no plano da razão discursiva, isto é, do segundo gênero do conhecimento que opera com as noções comuns – propriedades comuns entre as partes e seu todo. Em segundo lugar, no plano da intuição intelectual, isto é, do terceiro gênero do conhecimento – as essências singulares referidas à causalidade dos atributos produzindo modificações determinadas de mesma essência que a causa geradora. A razão, operando com as propriedades comuns, concebe as modificações como “sendo parte” de um todo, enquanto intuição, operando com as essências, apreende as modificações como “tomando parte” no todo⁶⁰.

Ora, ser parte e tomar parte no Todo é resultado da atividade perceptiva. Isso implica dizer que a integração simultânea da razão discursiva e da intuição intelectual possibilita a unidade com o mundo percebido – a realidade psicossocial:

O estado de regime indica uma relação interna de pertencimento e união–ser parte de, tomar parte em. Os modos, enquanto dotados de propriedades comuns ao todo e quanto essências singulares dotadas de mesma força interna que a causa geradora, não são espécies de um gênero, nem individualidades substanciais, mas forças singulares (*conatus*), diferenciação infinitamente infinita da mesma substância. A natureza de cada modo singular, portanto, só pode ser compreendida por sua relação interna com o absoluto. Seu ser encontra-se nessa relação e esta que o põe em movimento, fazendo-o passar do “ser parte” ao “tomar parte” na potência infinita a que pertence⁶¹.

Na Substância, nos constituímos, em ato, à medida em que agimos com a consciência da nossa permanente transição físico-mental. Assim,

⁵⁹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 36-37.

⁶⁰ CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p.49.

⁶¹ *Ibidem*, p. 49.

o movimento é característica da **vitalidade da humanidade** (modos finitos) e, portanto, os regimes de transições afetivas demonstram que **tudo está de passagem** e não há realidade psicossocial permanente, a não ser a **mudança** (transição):

Em outras palavras, não há a menor distância entre Deus e sua ação. Donde a liberdade e a eternidade divina serem definidas pela identidade entre a essência, a existência e a potência, identidade que constitui a infinitude de Deus. Enfim, em quarto lugar, como o ato pelo qual Deus se produz a si mesmo é o ato pelo qual produz suas infinitas modificações, é causa imanente e não transitiva de todas as coisas. Não é apenas causa primeira ou principal, mas presença no efeito⁶².

Observe as considerações de Merleau-Ponty sobre a **certeza da ideia** e da natureza da **consciência perceptiva**:

A certeza da ideia não fundamenta a da percepção, mas repousa nela enquanto é a experiência da percepção que nos ensina a passagem de um momento a outro e busca a unidade do tempo. Neste sentido, toda consciência é consciência perceptiva, mesmo a consciência de nós mesmos⁶³.

Além disso, como desdobramento da consciência perceptiva, é oportuno destacar, por sua vez, a importância do engendramento e da gênese da constituição dos afetos no pensamento espinosano:

A filosofia de Espinosa é uma produção imanente (o infinito se autoproduz exatamente no mesmo sentido em que produz todas as suas modificações finitas) e da diferença (a essência produtora determina a distinção intrínseca entre seus efeitos e os de outra essência); a expressão é simultaneidade de operação (a alma e o corpo, o pensamento e a extensão operam em sintonia) e o infinito é a atualidade de suas manifestações⁶⁴.

⁶² CHAUÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 57.

⁶³ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 42.

⁶⁴ CHAUÍ, *op. cit.*, p. 48.

Sob o aspecto da imanência, as noções de singularidade e de diversidade existencial não devem ser entendidas como opostas e mutuamente excludentes, mas como uma **unidade plural**:

Não há uma essência humana em geral, mas essências singulares individualizadas pela estrutura corporal e pela alma, que é a ideia de seu corpo. Evidentemente, pode-se dizer que, “em geral”, por seu corpo e por sua alma, enquanto modos da Extensão e do Pensamento, os homens são efeitos imanes da causalidade atributiva e que todos possuem essa causalidade sob a forma de *conatus*. Essa generalidade, no entanto, além de não nos fornecer qualquer essência do homem, mas apenas propriedades que possui em comum com o todo e com sua origem, também não nos fornece qualquer recurso para distinguir um homem do outro. Uma singularidade é produzida duplamente: a ação dos atributos produz modos singulares; e a ação do *conatus* individualiza cada modo em sua relação com os demais⁶⁵.

Assim, “das causas aos efeitos, do todo às partes é a exigência fundamental do método espinosano”⁶⁶. A compreensão da **unidade na diversidade** perpassa o respeito da **singularidade** do corpo-sujeito alcançado à medida da tomada de consciência da simultaneidade dos modos de percepção, da transitoriedade e da origem dos afetos:

Espinosa demonstra “somos parte da Natureza” e que, além de não podermos deixar de sê-lo, somos uma parte incomensuravelmente mais fraca diante do conjunto de todas as outras que nos rodeiam e afetam. Ser passivo é tornar-se heterônomo, pôr-se à disposição das forças externas que subjagam o *conatus*. Nas paixões, essa heteronomia se manifesta como separação entre o agente, o móvel, o ato e o resultado do ato. Essa independência dos termos é o que nos subjuga, forçando uma distinção entre o que somos, desejamos e fazemos. No entanto, mesmo quando sucumbimos ao peso da exterioridade, o poder das forças externas não é, em si mesmo, onipotente, mas é assim imaginado e conservado por nossa própria impotência⁶⁷.

⁶⁵ CHAUÍ, *op. cit.*, p. 62

⁶⁶ CHAUÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 24.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 60.

Portanto, a unidade do corpo-sujeito na tríade verbal de ser, desejar e fazer é capaz de afastar a suposta onipotência das forças externas sobre a nossa impotência. Sendo assim, deve ser buscada, maximamente, a integração do corpo-sujeito entre pensar, sentir e agir, a fim de evitar a alienação na experiência perceptiva:

Só me foi dado chamar o mundo e os outros a mim e tomar o caminho da reflexão, porque desde o início estava fora de mim, no mundo, junto aos outros, sendo que a todo momento essa experiência vem alimentar minha reflexão. Esta é a situação total que uma filosofia deve explicar. Ela só o fará admitindo a dupla polaridade da reflexão⁶⁸.

A experiência de (auto)reconhecimento no mundo como relação intersubjetiva, *a priori*, desvela a compreensão dos fenômenos sob a perspectiva da dupla polaridade – minha constituição no mundo concomitante a do Outro:

Alma e corpo são afecções (modificações) da substância infinitamente infinita. No livro III da *Ética*, Espinosa passa do termo *affectio* para *affectus*, isto é, passa a tratar o *conatus* como força de agir cuja intensidade aumenta ou diminui. Todo o campo afetivo se desenrola como jogo de ação e reação entre forças mais intensas (fortes) ou menos intensas (fracas), sustentando a demonstração de que um afeto jamais é vencido por uma ideia, mas por outro mais forte do que ele. A variação da intensidade, forma do presente de cada *conatus*, determina a passividade ou a atividade, pois, como demonstra o livro V, um mesmo afeto pode ser causa de servidão ou de liberdade, tudo dependendo do grau de intensidade maior ou menor do exterior ou do interior. Porque um feto só pode ser vencido por outro mais forte do que ele, e porque a força se determina pelo aumento ou diminuição da *potentia agendi* ou da realidade singular (sendo fortes os afetos que aumentam o poder de agir e fracos os que o diminuem), Espinosa, contrariando uma interpretação que o vê como um intelectualista, demonstrará que a razão só poderá iniciar seu percurso e se fortalecer quando for sentida como um afeto de alegria mais forte do que todo os

⁶⁸ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d' Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 56.

outros. Somente quando ignorar for sentido como tristeza e fraqueza, e quando conhecer for experimentado como alegria e força, o trabalho do pensamento, virtude da alma, pode nascer. É, pois, na relação com seu corpo vivido, afetado por outros e capaz de afetá-los, que a alma se intensifica, efetuando sua ação própria: ser consciente de si, de seu corpo, da Natureza e de Deus, porque conhece a origem necessária de todos eles⁶⁹.

Sob esse olhar perceptivo, não há que se falar de corpo social saudável tão somente a partir do plano individual. Assim, “a percepção é o pensamento de perceber quando é plena ou atual”⁷⁰. Em outras palavras, a parte e o todo são uma só e mesma coisa, de natureza idênticas, em graus distintos e harmonizáveis, nos casos paradoxais da existência enquanto pura interioridade e exterioridade, simultaneamente; ao considerar a **unidade da diversidade** na atualidade do ato.

Nesse sentido, de acordo com Merleau-Ponty, “é impossível decompor uma percepção, fazer dela uma reunião de partes ou de sensações, posto que nela o todo é anterior às partes e que esse todo não é um todo ideal”⁷¹. Ora, tal experiência perceptiva do campo mental pertence ao plano invisível, mas concreto⁷².

Essa transposição do invisível para o concreto (visível) permite pensar que para todo **evento psicofísico** há um conjunto complexo de afecções na realidade objetiva, demarcada também pela experiência geográfica e afetiva do corpo-sujeito:

⁶⁹ CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 67-68.

⁷⁰ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 38-39.

⁷¹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990, p. 46.

⁷² MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 36.

Não posso imaginar que o mundo irrompa em mim ou eu nele: a este saber que eu sou, o mundo não pode apresentar-se a não ser oferecendo-lhe um sentido, a não ser sob a forma de pensamento do mundo. O segredo do mundo que procuramos é preciso, necessariamente, que esteja contido em meu contato com ele. De tudo o que vivo, enquanto o vivo, tenho diante de mim o sentido, sem o que não o viveria e não posso procurar nenhuma luz concernente ao mundo a não ser interrogando, explicando minha filosequência do mundo, compreendendo-a de dentro⁷³.

Como efeito, é nessa imersão da experiência simultânea, na qual são constituídos os mundos objetivo e subjetivo do sujeito, que se apresenta o sentido de vitalidade e de encantamento com as relações intersubjetivas, de modo singular na diversidade existencial. Observemos os comentários de Marilena Chauí (1981) sobre o trecho da filosofia de Espinosa que trata da noção de deficiência visual:

Enfim, o vidente não é mais perfeito do que o cego por uma razão muito simples: o vidente é, como o participio indica, aquele que realiza a ação presente de ver, ação que pertence à natureza de seu corpo enquanto a efetua; o cego é aquele que não realiza a ação de ver porque tal ação não pertence à natureza presente de seu corpo. Espantosamente, Espinosa declara: a visão não pertence à natureza do cego como não pertence à da pedra. Poder-se-ia argumentar, como fez Blyenberh e como fizeram muito dos comentadores da obra espinosana, que um homem não é uma pedra. Ora, o que Espinosa afirma é que, no que tange à vidência, ambos não se distinguem. Por que uma afirmação tão paradoxal? Porque afirmar a imperfeição do cego é defini-lo não pelo que ele efetivamente é e possui, mas pelo que não é e não possui. É defini-lo pela privação e pela negação. Ora, o cego estaria provado de visão, se esta pertencesse à natureza do seu corpo – o que não é o caso. Defini-lo pelo que não é, não é defini-lo, mas julgá-lo menor. A negação não nos dá realidade alguma. Usá-la para definir o cego é, afinal, irrealizá-lo⁷⁴.

⁷³ *Ibidem*, p. 41.

⁷⁴ CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 63.

Dessa maneira, entender a **diversidade psicofísica** implica em compreender e aceitar também a existência do sujeito em sofrimento mental, não pelo que lhe falta, mas pelo modo de vida e expressão em ato. Logo, há que se buscar mecanismos institucionais de acesso ao exercício da cidadania dos sujeitos com deficiência física, mental, sensorial e intelectual.

2.2 A REALIDADE PSICOSSOCIAL: A LIBERDADE NECESSÁRIA

Ao refletirmos sobre a **realidade psicossocial** é fundamental compreender a noção de **livre necessidade** em Espinosa e as considerações de Merleau-Ponty, uma vez que, **para todo evento psicofísico, há uma causa necessária** com desdobramentos **em atos de existência política**. “Numa filosofia de necessidade absoluta tudo o que existe possui uma causa necessária e pode ser conhecido”⁷⁵.

Nesse sentido da matriz relacional, os eventos psicofísicos não estão condicionados ao fatalismo ou ao determinismo histórico. Não há que se falar de ausência de livre arbítrio, na perspectiva monista, pelo contrário: “Na ação livre, corpo e alma *não excluem* os demais (pelo contrário, a liberdade é forma superior de coexistência), mas *não dependem* dos outros para agir, encontrando em seu próprio interior a força de autodeterminação”⁷⁶. Em outras palavras, a ação decorre da liberdade necessária do sujeito enquanto parte do todo social, sem o qual não se constitui. Vejamos as considerações de Marilena Chauí (1981):

A liberdade, sempre tida como impossível nessa filosofia da necessidade absoluta, não se manifesta como transgressão voluntariosa a decretos

⁷⁵ *Ibidem*, p. 43.

⁷⁶ CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 74.

divinos e morais, nem como onipotência sobre o mundo e sobre os outros homens. Define-se apenas como aptidão da alma e do corpo para a autodeterminação e, sobretudo, como aptidão para o múltiplo simultâneo. A intensidade da atividade corporal – ter um corpo apto a ser afetado de inúmeras maneiras simultâneas e para afetar outros de inúmeras maneiras simultâneas – e a intensidade da alma – ser apta a pensar inúmeras ideias simultâneas internamente articuladas e vinculadas à sua origem necessária – constituem a liberdade, a felicidade e o verdadeiro. Ser é agir. Existir em ato⁷⁷.

É nessa relação concomitante de **autodeterminação** e **interdependência** como **condição de existência em ato livre e necessário** que podemos pensar o cuidado jurídico e a prática da cidadania. “Das causas aos efeitos, do todo às partes é a exigência fundamental do método espinosano”⁷⁸.

O acesso à compreensão da **realidade psicossocial**, de modo compartilhável com o Outro, possibilita a abertura de novos horizontes, uma vez dadas as **condições de possibilidades** e as **causas necessárias** de cuidado terapêutico-jurídico em liberdade. “A realidade de um ente é, pois, inseparável de sua inteligibilidade e de sua necessidade, pois tudo que concebemos clara e distintamente como pertencente à natureza de uma coisa, constitui sua natureza”⁷⁹.

Portanto, as diferenças de graus de aproximação e modos de percepção da realidade psicossocial implicam necessariamente uma hermenêutica jurídica singular destinada aos sujeitos em sofrimento psíquico. “O método hermenêutico, diz Espinosa, não difere em nada do método para o estudo da Natureza”⁸⁰.

⁷⁷ *Ibidem*, p. 68.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 24.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 41.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 26.

Cumpra salientar que a percepção do tempo de quando se está em estado de sofrimento mental, entre a “normalidade e anormalidade”, um intervalo dito de “lucidez” é uma linha tênue incapaz de ser engendrada no modelo abstrato de saúde, sob o ponto de vista jurídico.

Com efeito, a noção de liberdade humana, em Espinosa, pode ser compreendida também como potência do intelecto, definida pela inteligência, de modo que pelo conhecimento da Mente é possível determinar os **remédios para os afetos**. Observe a advertência do filósofo: “remédios que creio que todos certamente experimentam, embora não os observem com cuidado nem os vejam distintamente – e desse conhecimento deduziremos tudo o que toca sua felicidade”⁸¹.

A experimentação e o contato com os **remédios internos** podem ocorrer indistintamente da percepção consciente. A tomada de consciência da própria medida terapêutica e da experiência singular tocam o sentido da felicidade. “Portanto, um afeto está tanto mais em nosso poder e a Mente tanto dele menos padece, quanto mais ele nos é conhecido”⁸².

Com isso, Espinosa nos convida, de modo individual, a busca do autoconhecimento e, de forma coletiva, do respeito à diversidade existencial, já que a medida possível de experimentação da liberdade humana envolve os desafios de convivência na comunidade política:

Podemos, então, compreender a distinção espinosana entre os verbos *involvere* e *exprimere*. No plano da imaginação há envolvimento: nosso corpo envolve sua existência por sua relação com os demais corpos que determinam desta ou daquela maneira; nossa lama envolve a existência de nosso corpo e de si mesma também sob o efeito das forças exteriores; e porque somos modos de atributos infinitos, o intelecto infinito envolve as imagens de nosso corpo e de nossa alma, sob a forma das ideias inadequadas

⁸¹ E, V, Pref.

⁸² E, V, Prop. III, Cor.

ou abstratas. Envolver significa “estar em relação com” ou “manter relação com”, mas a característica fundamental desse relacionamento é a exterioridade entre os termos envolvidos⁸³.

Assim, a compreensão da unidade do corpo e da mente é fundamental para pensarmos os eventos terapêuticos e políticos como ações psicofísicas. De acordo com Espinosa, “a ordem e a conexão das ideias na Mente ocorre segundo a ordem e concatenação das afeções do Corpo, também vice-versa a ordem e a conexão das afeções do Corpo ocorre conforme os pensamentos e as ideias das coisas são ordenados e concatenados na Mente”⁸⁴.

A **tese do paralelismo psicofísico** e da **simultaneidade** das ações na experiência humana nos permite pensar a realidade psicossocial demarcada pelos nexos de causalidade e a formação de ideias adequadas como elementos fundamentais para a prática terapêutica e para o exercício da liberdade: “E não se pode excogitar para os afetos nenhum outro remédio, que dependa de nosso poder, mais excelente do que este que consiste no conhecimento verdadeiro, visto que não se dá nenhuma outra potência da Mente além da de pensar e formar ideias adequadas”⁸⁵.

Nesse sentido, Espinosa apresenta critérios auxiliares para a conjugação da ordem e da concatenação das **afeções do corpo em trânsito** na busca de autoconhecimento e na construção do espaço social saudável:

Portanto, o melhor que podemos fazer enquanto não temos o conhecimento perfeito de nossos afetos é conceber uma reta regra de viver ou certos dogmas de vida, confiá-los à memória e aplicá-los continuamente às coisas particulares que frequentemente se apresentam na vida, para que assim

⁸³ CHAUÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 82.

⁸⁴ E, V, Prop. I, Dem.

⁸⁵ E, V, Prop. IV, Esc.

nossa imaginação seja largamente afetada por eles e eles nos estejam sempre à mão... De fato, se também tivermos à mão a regra do que nos é verdadeiramente útil, bem como do bem que se segue da amizade mútua e da sociedade comum, e, além disso, levarmos em conta que da reta regra de viver se origina o sumo contentamento do ânimo ⁸⁶.

Ora, o que se busca é evitar a servidão humana ⁸⁷, através das ideias inadequadas, o padecimento, a ignorância e a opressão social, seja através de manicômios físico-mentais, seja através do autoritarismo político e, conseqüentemente, da asfixia da prática democrática.

Sob esse aspecto, Espinosa, ao reconhecer a fragilidade humana, ressalta a importância do entendimento da **interdependência** para o convívio social, já que somos parte da Natureza, independentemente do critério de adoecimento mental. Portanto, a experiência que nos une é a nossa vulnerabilidade existencial:

Suportaremos com igual ânimo as coisas que nos ocorrerem contra o que postula a regra da nossa utilidade se tivermos cômicos de que cumprimos nossa função, de que a potência que temos não pôde estender-se até o ponto de podermos evitá-las, e de que somos parte da natureza inteira, cuja ordem seguimos. Se entendermos isto clara e distintamente, aquela nossa parte que se define pela inteligência, isto é, a nossa melhor parte, se contentará plenamente com isso e se esforçará para perseverar neste contentamento. Pois enquanto entendemos, não podemos apetecer senão o que é necessário e, absolutamente, não podemos contentar-nos senão com o verdadeiro; e por isso, enquanto entendemos corretamente estas coisas, nesta medida o esforço da nossa melhor parte convém com a ordem da natureza inteira ⁸⁸.

Uma vez reconhecida a nossa parte no Todo, decorrente desse processo de autoconhecimento, podemos pensar na melhor contribuição necessária para composição da realidade psicossocial. “No

⁸⁶ E, V, Prop. X, Esc

⁸⁷ E, IV, Pref.

⁸⁸ E, IV, Cap. XXXII.

espinosismo o real é pensado como ser indiviso, energia de uma única ação de um ser que se expressa e é expressado por atributos e modos infinitos – modalizando-se, poderíamos acrescentar”⁸⁹.

Nesse sentido, de acordo com Espinosa o conceito de **Natureza naturante** compreende “aquilo que é em si e é concebido por si, ou seja, os atributos da substância, que exprimem uma essência eterna e infinita, isto é, Deus enquanto considerado como causa livre”⁹⁰, por sua vez, a noção de **Natureza naturada** é “tudo aquilo que segue da necessidade da natureza de Deus, ou seja, cada um dos atributos de Deus, isto é, todos os modos dos atributos de Deus, enquanto considerados como coisas que são em Deus, e que sem Deus não podem ser nem ser concebidas”⁹¹.

Sendo assim, segundo as reflexões de Marilena Chauí (1981), “toda essência, infinita ou finita, é um naturante. Porém, Espinosa demonstra que, se uma essência precisa da ação de outras para realizar sua própria ação, é um naturante “relativo” – é o caso dos modos, que necessitam do concurso das causas circundantes para atuar, pois são “partes da Natureza”⁹².

Portanto, partindo da premissa espinosana do Todo (Natureza naturante) e das relações de **interdependência humana**, nota-se que somos modos dos atributos divinos (Natureza naturada):

Os modos são efeitos singulares imanentes à atividade dos atributos e possuem a mesma essência que estes. Isto significa, em primeiro lugar, que a essência de um modo singular é sua potência de agir ou seu *conatus*, pelo

⁸⁹ SANTIAGO, Homero. **Espinosa e Merleau-Ponty: Convergências?** Revista Trans/Form/Ação, São Paulo, 27 (1), 2004, p. 24.

⁹⁰ E, I, Prop. XXIX, Esc.

⁹¹ E, I, Prop. XXIX, Esc.

⁹² CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 73-74.

qual persevera na existência. Naturado, o modo é naturante, pois produz efeitos a partir de seu próprio interior. No livro III, Espinosa define a liberdade da potência de agir modal através do conceito de causa adequada⁹³.

Sob esse aspecto, é possível aproximar tal reflexão de Marilena Chauí com o pensamento de Merleau-Ponty, a partir da evidência de que “naturado, o modo é naturante”.

Vejam os comentários do filósofo francês sobre a filosofia de Espinosa, de modo indireto: “O que somos enfim como naturados o somos primeiramente como naturantes de modo ativo, que o mundo só é nosso lugar natal porque somos, de início, como espíritos, o berço do mundo”⁹⁴.

A noção de naturante “relativo” de Marilena Chauí encontra lugar na observação de Merleau-Ponty, ao afirmar que “somos o berço do mundo”, ainda que a filósofa brasileira reconheça a diferença entre estado absoluto e estado de regime, de forma clássica, na teoria espinosana:

Espinosa define a Substância como o ser que é em si e por si, enquanto o modo é definido como o ente que é em outro e por outro. A Substância se define pela necessidade de sua essência; o modo, pela necessidade de sua causa. Entre eles, a mesma diferença que existe entre o estado absoluto e o estado de regime – a modificação se diz com relação a alguma outra coisa de que é modificação⁹⁵.

Dessa forma, também se valendo de conceitos espinosanos para explicar a relação entre o sujeito e o mundo, Merleau-Ponty salienta a importância da circularidade reflexiva:

⁹³ *Ibidem*, p. 57.

⁹⁴ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 42.

⁹⁵ CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 45.

O naturante que já é nós e que desdobra, ao que tudo indica, diante de si as coisas e o mundo, precisamente como retorno ou reconquista, tais operações segundas de re-constituição ou de restauração não podem, por princípio, ser a imagem em espelho de sua constituição interna e de sua instauração... a reflexão recupera tudo exceto a si mesma como esforço de recuperação, esclarece tudo salvo seu próprio papel⁹⁶.

Assim, a nossa experiência não estaria dissociada do Todo, pelo contrário, nossa constituição nasce originalmente de forma unitária. De fato, o filósofo se afasta da visão antropomórfica da figura divina ao afirmar: “Por Deus entendo o ente absolutamente infinito, isto é, a substância que consiste em infinitos atributos, cada um dos quais exprime uma essência eterna e infinita”⁹⁷. Vejamos as considerações de Marilena Chauí (1981) sobre a natureza divina:

Deus é causa imanente da essência e da existência de todas as coisas, produzindo-as no ato de sua autoprodução. Porque na causalidade imanente o efeito não é um resultado extrínseco que se separa da causa tão logo tenha sido produzido, mas é expressão de sua causa, esta se encontra presente nele, embora modificada. Por sua essência – ideias e corpos – a Natureza Naturada é imanente a Deus – pensamento e extensão. Por sua causalidade – potência de agir – a Natureza Naturante é imanente aos modos – *conatus*. Infinito e finito são incomensuráveis – o absoluto é em si e por si; o modo, em outro e por outro. Mas porque possuem todos a mesma essência e participam da mesma potência, são comensuráveis⁹⁸.

Com isso, quero dizer que, sob a perspectiva espinosana, o cuidado terapêutico em liberdade destinados aos sujeitos em sofrimento psíquico só ocorre no espaço coletivo, já que há uma relação de **interdependência** entre os sujeitos, a desejar uma **abertura para o Outro**: “Cada “sentido” é um “mundo”, e, absolutamente incomunicável

⁹⁶ MERLEAU-PONTY, Maurice. *op. cit.*, p. 42.

⁹⁷ E, I, Def. VI

⁹⁸ CHAUI, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981, p. 58.

para os outros sentidos, e, no entanto, constrói *um algo* que, pela sua estrutura, de imediato se abre para o mundo dos outros sentidos e com eles constitui um único Ser”⁹⁹.

Em decorrência dessa abertura de horizonte na coletividade para a prática do *cuidado em ato* do sujeito psicofísico, cumpre destacar que Marilena Chauí (2002) nos faz uma advertência sobre a noção patológica na perspectiva merleau-pontyana:

O ponto mais alto do interesse de Merleau-Ponty pelo patológico estava no modo como conferia à patologia o estranho poder de nos ensinar o que seriam o corpo, a vida e o mundo se a psicologia mecanicista ou a filosofia reflexiva tivessem razão. Noutros termos, se fôssemos o feixe de processos nervosos e fisiológicos de que falam os psicólogos, ou se fôssemos o esquema corporal extremamente simples comandado de fora pelo pensamento, como imaginam os filósofos, então seríamos exatamente como a patologia descreve os doentes¹⁰⁰.

Como se nota, a **interface** do processo saúde-doença em Espinosa e Merleau-Ponty, está situada para além da clássica definição biomédica de “doença mental”, uma vez que também a vivência comunitária tem o poder terapêutico de cuidado.

Ora, a funcionalidade psicofísica é primaz na ordem do conhecimento da saúde mental. “Talvez a “realidade” não pertença definitivamente a nenhuma percepção particular, e que, nesse sentido, está *sempre mais longe*”¹⁰¹.

Fica evidente a influência de Espinosa nas reflexões de Merleau-Ponty sobre o processo saúde-doença, que, por sua vez, também

⁹⁹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d'Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 202.

¹⁰⁰ CHAUI, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 70.

¹⁰¹ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d'Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 48

apresentou, de certa forma, divergências teóricas sobre a compreensão da relação corpo-mente:

Feito isso, não cabe mais levantar o problema das relações da *alma* e do *corpo* como de duas substâncias positivas, nem introduzir uma “instituição de natureza” que sujeitou a alma a funcionar segundo dispositivos do corpo, e também o corpo a fornecer pensamentos prontos à alma, - e nem admitir um *paralelismo* que é contra-senso completo, pois que pressupõe que a alma e corpo contenham respectivamente uma série ligada de fenômenos ou de ideias rigorosamente contínua. O laço da alma e do corpo não é mais paralelismo (e finalmente identidade num Ser infinito ob-jetivo de que a totalidade corpo e a totalidade alma são duas expressões), - e não é mais opacidade absoluta de uma instituição que liga por eficácia [irrisória?] ordens cada uma das quais auto-suficiente- Deve ser compreendido como laço do convexo e do côncavo, da abóbada sólida e do vazio que ela acomoda: nenhuma correspondência (paralelismo ou de puro ocasionalismo) pode ser encontrada entre o que se passa “no corpo” e o “que se passa na alma” na percepção: far-se-ia o mesmo contra-senso buscando no mundo físico um equivalente exato dos organismos ou nos organismos, uma explicação microcausal integral – A alma está *plantada* no corpo como a estaca no solo, sem correspondência pontual entre solo e estaca – ou antes: a alma é o vazio do corpo, o corpo o preenchimento da alma. A alma adere ao corpo como a significação adere as coisas culturais das quais ela é o avesso ou outro lado – Mas isto (cheio e vazio) não é suficiente: porque o idealismo também diz isso, e não no mesmo sentido em que o dizemos. A alma, o para si é um *esvaziado* e não um vazio, não não-ser absoluto em relação a um Ser que seria a plenitude e núcleo duro. A sensibilidade dos outros é o “outro lado” do seu corpo estesiológico¹⁰².

Como se nota, em que pese afastar o paralelismo entre o corpo e a mente, Merleau-Ponty reconhece a **existência** de um **laço entre corpo e alma**, ao justificá-lo a partir da **metáfora da plantação** e da **relação forma-matéria**: “a alma é o vazio do corpo, o corpo o preenchimento da alma”. Ora, **o laço também gera unidade do corpo-mente**.

¹⁰² *Ibidem*, p. 213.

De fato, é a experiência psicorgânica concreta que desvela o *entrelaçamento* dessa unidade sinestésica do pensamento humano¹⁰³.

Vejamos mais uma interpretação de Merleau-Ponty sobre a filosofia de Espinosa:

Trata-se precisamente de mostrar que a filosofia não pode mais pensar segundo esta clivagem: Deus, o homem, as criaturas, - que era a clivagem de *Espinosa*...É preciso descrever o *visível* como algo que se realiza através do homem, mas que não é de modo algum antropologia (contra, portanto, Feuerbach-Marx 1844) a Natureza como ou outro lado do homem (como carne - de modo nenhum como “matéria”). O Logos também como realizando-se no homem, mas de nenhum modo como sua *propriedade*¹⁰⁴.

Ora, mais do que discordar da clivagem espinosana, parece-me que Merleau-Ponty quer destacar, ao fazer uso, paradoxalmente, das lições de Espinosa, a importância da perspectiva monista e da unidade relacional, o que pode ser visto a partir do entendimento da identificação do homem como Natureza e não à parte da “matéria”, por exemplo.

Podemos, portanto, considerar que a experiência existencial ocorre na concretude do laço, a partir da percepção do mundo da vida cultural. Se assim for, novamente, estaremos no ponto de convergência entre as filosofias de Espinosa e Merleau-Ponty: a **singularidade da experiência do sujeito na vida concreta**.

Nesse sentido, seja considerando o paralelismo entre mente e corpo, seja considerando como laço, parece-me que a **noção de contato**

¹⁰³ “O pensamento humano, segundo Merleau-Ponty, indivisivelmente naturado (motivo pelo qual é afetado pelos acontecimentos que ocorrem no corpo objetivo) e naturante (isto é, capaz de escapar de qualquer situação de fato e fundar um “saber adquirido para sempre”).” Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 61.

¹⁰⁴ MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 245.

está presente em ambas matrizes filosóficas, deslocando a aparente contrariedade – o que me permite afirmar a noção de **opostos não excludentes** que ratifica a **diversidade na unidade**. Sendo assim, é fato que **não se pratica o cuidado psicossocial sem contato, tampouco sem escuta, muito menos sem respeito à diversidade existencial**.

Com efeito, não é a patologia que determina a experiência – o sintoma não nasce antes da dor concreta –, pois cuidado prévio à experiência de adoecimento psicorgânico não existe. Dessa forma, **a experiência tem valor jurídico para a prática do cuidado**.

3

A DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O PROCESSO SOCIOCULTURAL NA HERMÊNEUTICA CONSTITUCIONAL

3.1 - REVISÃO DA DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

Com efeito, nesta revisão da **dimensão**¹ jurídico-política entendo ser relevante **recordar** o escopo principal de normas de naturezas jurídica e administrativa com aplicação no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a partir dos anos de 2001, de modo a realizar uma análise da interface político-jurídica que fundamentou diversas políticas públicas em assistência psiquiátrica no Brasil.

Ora, compreender esse **espaço**² de alcance e sentido do desenho institucional da saúde mental é de suma importância para notarmos a **profundidade situacional**, já que, a partir disso, pode-se inferir e verificar o (não) cumprimento das legislações internas vigentes e internacionais com reflexões no debate sobre o cuidado em liberdade das pessoas em sofrimento mental.

Sob esse aspecto jurídico-político, considero salientar a possibilidade de aproximação jusfilosófica das reflexões de Espinosa e Merleau-Ponty, sobretudo nas **defesas do regime democrático** e da **diversidade existencial**.

¹ “Logo, dir-se-á que uma coisa ou um acontecimento são “dimensionais” contanto que, *para* além da individualidade espaço temporal, deles irradie um modo de ser (uma essência ativa, um Wesen) um estilo que os inscreva na unidade de uma experiência tímida ou de um mesmo “raio de mundo” (VI 293)” Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 17.

² Assim, também, aquém da “distância física ou geométrica que existe entre mim e todas as coisas”, há uma “distância vivida que me liga às coisas que contam e existem para mim” (PP 331). Cf. DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 22.

Nesse sentido, Espinosa no *Tratado Teológico-Político* afirma que o fim da República é a garantia do direito natural à existência e à ação: “que não se digladiem por ódio, cólera ou insídia, nem sejam intolerantes uns para com os outros. O verdadeiro fim da república é, realmente, a liberdade”³.

Por sua vez, Merleau-Ponty também apresenta duras críticas aos regimes totalitários e demonstra como fundamental para os modos de ser a noção de liberdade, originária e comum a todos.

O percurso vivido singulariza a nossa existência e também nos liga ao mundo e, portanto, ao Outro. É no laço a possibilidade de saída da crise político-jurídica no campo da saúde mental. “A crise compreendida como perda de sentido é dada pelo acontecimento, situacional, concreto, e que tem valor de gênese. O que dá a oportunidade de, na expressão e fala, ressignificar existência e mundo, um trabalho que pode ser considerado político”⁴.

É no corpo que se realiza o sentido da unidade indivisível da experiência político-jurídica:

Quando Merleau-Ponty transforma a história em carne ou quando sua fenomenologia se apoia na análise da percepção, a temática do corpo traz uma generalidade fundamental que permite que ao mesmo tempo não nos isolem em perspectivas parciais, relativas e limitadas e tenhamos sempre em vista que o ponto de partida da reflexão e da ação é situado, se engrena a uma série de condições físicas, psíquicas e históricas nas quais o sujeito se encontra e se move. Ou seja, uma racionalidade geral existe em meio à diversidade e à multiplicidade. É dentro desse quadro que podemos considerar os problemas políticos como problemas de todos, sem recorrer à

³ TTP, Cap XVI, [194,195]

⁴ ALVIM, Monica Botelho. **O Estético-Político em Merleau-Ponty e a Fenomenologia Crítica: Notas Preliminares sobre Relações Raciais**. Revista Estudos & Pesquisas em Psicologia, v. 20, n.4, 2020, p. 1250.

pretensão de estabelecer uma moral universal que não abarca a diferença e tenta resolver tudo imediatamente excluindo o que não se moldam a ela⁵.

Mais uma vez é importante reconhecer que o modelo abstrato de solução jurídica – a figura do “homem médio”, pré-concebido em paradigmas dogmáticos fechados, não comporta a complexidade e diversidade das relações intercorpóreas e seus respectivos desdobramentos no campo da saúde mental.

Assim, a partir dessa interseção entre o passado e as proposições político-jurídicas do presente (retenção do pretérito e antevisão do porvir) e da recusa abstrata, poderemos ter uma percepção sobre as promessas irrealizadas e/ou inacabadas de atuação de todos os âmbitos dos Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) no campo da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, sobretudo ao destacar a **tensão permanente entre a disputa política sobre o sentido de cuidado jurídico na assistência psiquiátrica brasileira**, que sempre esteve presente na história constitucional brasileira⁶.

No entendimento de Espinosa fica evidente a relevância da singularidade do corpo-sujeito na prática democrática, enquanto “melhor regime” no *imperium*⁷. Sendo assim, o sentido hermenêutico jurídico-político a ser empreendido neste trabalho considera a **vulnerabilidade existencial e interdependência** como partes

⁵ ZANFRA, Beatriz Viana de Araújo. **Política e Violência em Merleau-Ponty**. 2019. 192 f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de São Carlos. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Paulo, 2019, p. 183.

⁶ MARTINS, Laércio Melo. **Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas**. Porto Alegre, RS: Editora FI, 2020, p. 218-376.

⁷ O termo *imperium*, central na filosofia política de Espinosa, aparece em duas célebres formulações. Na primeira, Espinosa se opõe aos que consideram o homem “um império num império” < *veluti imperium in império* > (III, *pref.*), como se o homem perturbasse a ordem da natureza em vez de a ela obedecer. A segunda formulação é a definição da democracia, nas últimas páginas escritas por Espinosa, como *imperium absolutum*, ou seja, “regime absoluto”, “poder absoluto” ou “Estado absoluto” (*Tratado Político* X 1). CF. RAMOND, Charles. **Vocabulário de Espinosa**. Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 38-39.

fundamentais para repensar o **pacto social**, de forma que fique uma **abertura latente** para novos recomeços jurídicos:

Antes, em Espinosa, o processo de subjetivação é também intersubjetivo. É na experiência dos bons e maus encontros, na variação de potência decorrentes das relações de composição e decomposição com outras coisas singulares que se constitui qualquer indivíduo. O humano é necessariamente marcado pelo processo de afetar e ser afetado por outros indivíduos, processo de subjetivação, que só tem lugar na experiência dos encontros com outros indivíduos. Os indivíduos, em relações de composição, constituem o sujeito coletivo *multidão* da mesma forma que é na experiência do coletivo que se constituem os indivíduos. A multidão é, assim, uma multiplicidade de singularidades que não precisa de nenhum poder transcendente que lhe constitua ou garanta sua unidade. A sociedade em Espinosa não decorre de um contrato entre indivíduos atomizados, mas também não é um organismo com uma ordem de valores transcendentais, prévios aos indivíduos, a serem materializados. A gênese constituinte da multidão é absolutamente imanente e inscrita na mecânica afetiva do esforço de cada um de seus indivíduos constituintes em perseverar na existência. O poder político é expressão imanente da potência da multidão⁸.

Ora, a partir da perspectiva democrática no centro do campo político, realizo uma hermenêutica constitucional ao considerar **a potência da multidão em unidade plural** no cenário brasileiro e os direitos dos sujeitos em sofrimento mental.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, ao consagrar o **federalismo** e o **Estado Democrático de Direito** na experiência republicana, destacou, entre outros fundamentos, a **cidadania** e a **dignidade da pessoa humana** (art. 1º, II e III da CRFB/88). Dessa forma, a ética do cuidado jurídico deve ser norteadada pelo valor constitucional da prática e fruição dos direitos e garantias dos sujeitos em sofrimento

⁸ STERN, Ana Luíza Saramago. **A imaginação no Poder: obediência política e servidão em Espinosa**. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio, 2016, p. 269.

mental no exercício da comunidade política dentro do Estado Constitucional.

Do reconhecimento do valor humano intrínseco e da proteção vital, sob esse aspecto, é também objetivo constitucional a **construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de modo a erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais**, sob uma **perspectiva antirracista e não discriminatória** (art. 3º, I, III e IV da CRFB/88).

Outrossim, dentre outros direitos e garantias assegurados pela **cláusula de abertura em matéria de direitos fundamentais** (art. 5º, §2º, CRFB/88) e, para além da **igualdade formal**, cumpre salientar o mandamento constitucional de que **as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata** (art. 5º, §1º, CRFB/88) e devem promover o **bem-estar** e a **igualdade material**.

Nesse contexto, as prestações positivas a serem implementadas pelo Estado Constitucional, demarcadas pelos **direitos sociais, culturais e econômicos**, envolvem a **isonomia substancial** e, portanto, a **proteção jurídica da saúde** dos sujeitos em sofrimento mental (art. 6º, *caput*, CRFB/88).

Como consequência da fomentação prestacionista, o Estado Constitucional assegura, aos trabalhadores urbanos e rurais, **salário mínimo**, que em tese, deveria ser capaz de atender as necessidades básicas, inclusive com a **saúde**, concomitante à **edição de normas de proteção da saúde do trabalhador e a vedação de discriminação salarial e no processo de admissão trabalhista, em razão de deficiência** (art. 7º, XIV, XXII e XXXI da CRFB/88).

Por outro lado, dentro do federalismo brasileiro, nota-se que a responsabilidade pelos entes da federação em relação aos **temas da saúde e da deficiência** são de *competência comum*. Em outras palavras,

trata-se de competência não legislferante e determinada na atuação político-administrativa da prática governamental através do Poder Executivo.

Dessa forma, é obrigação da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios instituírem políticas de **cuidado da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência**, bem como **proteção e integração social das pessoas com deficiência**. Como consequência, as ações de cuidado e inclusão social dos sujeitos em sofrimento mental devem ser compreendidas como **políticas de Estado, em razão do evidente valor constitucional**, e nortear as práticas de governo, com vistas ao bem-estar (art. 23, II, XIV e parágrafo único da CRFB/88).

Somado a isso, observa-se que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre a **previdência social, proteção e defesa da saúde**. Isso significa que tais entes da federação possuem competência constitucional sobre o tema supracitado para o exercício de atividade legislativa.

Via de regra, a União fica adstrita ao estabelecimento de **normas gerais** sobre **previdência social, proteção e defesa da saúde**, observadas as regras constitucionais de suplementação legislativa e de suspensão de eficácia (art. 24, XII, §§ 1º ao 4º, CRFB/88).

Ainda sobre o tema do regime de competência constitucional, ao Município cabe a **prestação, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, de serviços de atendimento à saúde da população** (art. 30, VII, CRFB/88), sob o risco de intervenção, caso não aplique também o mínimo exigido da receita municipal nas **ações e serviços públicos de saúde** (art.35, III, CRFB/88).

No âmbito da Administração Pública, o mandamento constitucional determina **reserva de cargos e empregos públicos para**

as pessoas com deficiência, inclusive concebendo a possibilidade de readaptação de **servidor público titular de cargo efetivo em razão de limitação na capacidade física ou mental**, bem como **a contribuição diferenciada, por lei complementar, para aposentadoria no Regime Próprio de Previdência Social** (art. 37, VIII, § 13 c/c 40, § 4º-A da CRFB/88).

Até o presente momento, de modo preliminar, pode-se sustentar o argumento jurídico de que **há um desenho constitucional explícito de proteção dos direitos e garantias das pessoas com deficiência, ao lado da ampla responsabilização do Estado Constitucional de realizar prestações positivas, com vistas à igualdade material, inclusive no âmbito da Saúde.**

Dentre essas linhas construtivas dos valores constitucionais destinadas à construção dos direitos à saúde, percebe-se a relevância da Seguridade Social que contém os fundamentos do *Welfare State* (Previdência, Assistência Social e Saúde) e o dever do Estado brasileiro de garantir a todos o acesso à saúde como resultado da promessa constitucional (art. 194 c/c art. 196 a 198 da CRFB/88).

Como desdobramento desse escopo jurídico, **a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de forma complementar, ao Sistema Único de Saúde, responsável pelo desenho da política pública de saúde (mental) no sistema federativo brasileiro** (art. 199, §§ 1º e 3º c/c art. 200, I a III da CRFB/88).

Quanto ao Regime Geral de Previdência Social, o mandamento constitucional, por isonomia, concede a possibilidade, por meio de lei complementar, de **contribuição distinta em favor dos segurados com deficiência para fins de aposentadoria** (art. 201, §1º, I, CRFB/88). Além disso, o Estado Constitucional tem por objetivo **a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua**

integração à vida comunitária, por meio de acesso adequado em logradouros, edifícios de uso público e veículos de transporte coletivo e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso (art. 203, IV e V c/c art. 244 da CRFB/88).

É importante ressaltar que, embora a Constituição de 1988 utilize a expressão “pessoas portadoras de deficiência”, tal enunciado deve ser atualizado, a partir de uma leitura teleológica do texto constitucional em conformidade com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2007), de maneira que sejam denominadas “pessoas com deficiência”.

A repercussão das ações inclusivas, à luz do mandamento constitucional, deve alcançar o **âmbito educacional mediante atendimento especializado para as pessoas com deficiência** (art. 208, III da CRFB/88), sobretudo **à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à educação** (art. 227, § 1º, II, CRFB/88).

Como demonstrado, existe, de modo explícito, na Carta Magna de 1988, um **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde**, com desdobramentos imediatos nos âmbitos trabalhista, previdenciário, educacional, da assistência social e do transporte, sem desconsiderar os demais ramos jurídicos.

Nesse momento, é oportuno observar, em que medida, de fato, houve repercussão do **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde** na legislação infraconstitucional que trata dos os direitos e garantias dos sujeitos em sofrimento mental e suas discussões jurídico-políticas preliminares no âmbito federal após a promulgação do Diploma Maior.

Com a promulgação da Lei n.10.216/01, em 6 de abril de 2001, buscou-se redirecionar o modelo assistencial psiquiátrico que

anteriormente se praticava na experiência brasileira, além de ter a finalidade de proteger e assegurar os direitos das “pessoas portadoras de transtornos mentais”, sob a égide da **cidadania** e dos **valores democráticos**, sobretudo na defesa da diversidade e singularidade das pessoas.

3.2 – PRIMEIRAS LINHAS INSTITUCIONAIS DE INTERPRETAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (LEI N. 10.216/01)

Nesse contexto, é importante retomarmos os diálogos e debates ocorridos por ocasião do Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n.10.216/01 realizado 23 de novembro de 2001, aproximadamente, 7 (sete) meses após a promulgação da lei. À época, pretendia-se, de modo urgente a definição de alguns consensos para aplicação e regulamentação da lei supracitada, como destaque para as atribuições e funções do Ministério Público (MP), em especial, no controle das internações voluntárias⁹.

Sendo assim, a metodologia de estruturação dos debates no encontro estava fundamentalmente em torno dos seguintes temas: (a) internação psiquiátrica involuntária (IPI), (b) interdição e curatela, (c) internação compulsória (IC):

Como foco principal do seminário, foi privilegiada a discussão sobre internação psiquiátrica involuntária, objetivando o consenso de procedimento para registro, acompanhamento e controle deste tipo de internação e um modelo de notificação a ser padronizado para utilização em todos os estados¹⁰.

⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 5.

¹⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 8.

Além desses temas, nos grupos de trabalho, discutiu-se como efetivar a desospitalização de modo a possibilitar a reinserção social do usuário de saúde mental¹¹.

Como se nota, o objetivo era aplicar e regulamentar a Lei n. 10.216/01, já que também ficou reconhecido desde o início que a Lei da Reforma Psiquiátrica “exige regulamentação específica em alguns artigos, criando a premência de diálogo ampliado e sistematizado com parceiros imprescindíveis à garantia da cidadania de pessoas acometidas por transtornos psíquicos”¹².

3.2.1 – NOTAS SOBRE A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA (IPI)

Por ocasião da Mesa intitulada “Internação Psiquiátrica Involuntária”, pode-se destacar as considerações do, à época, Procurador-Geral da Justiça Marco Antônio Teixeira, ao afirmar “a participação do Ministério Público, como mais um ator a contribuir, nessa cena, para a melhoria das condições dos padrões de saúde mental da população, principalmente daqueles que sofrem transtornos mentais”¹³.

De fato, o membro do *Parquet* reconhece a importância do deslocamento de “ingressar nesse universo relativo à doença mental”¹⁴. Quanto à percepção de uma “nova realidade, que a internação

¹¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 9.

¹² BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 5.

¹³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 14-15.

¹⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.15.

involuntária pressupõe conhecimento de um contexto”¹⁵, assinalada por Marco Antônio Teixeira, há que se dizer que a internação psiquiátrica involuntária já era praticada na experiência brasileira, através dos ditos sequestros de alienados mentais, sob diversas nuances, que demarcavam a profunda desigualdade socioeconômica do nosso país. Em outras palavras, tal procedimento de internação não era “novo”.

Por outro lado, Marco Antônio Teixeira reconhece a importância da “humanização na assistência à saúde mental”¹⁶:

Ainda hoje, existem desamparados no Brasil. Dizem que desamparados são os pobres, e quem tem dinheiro trata-se de outra forma. Na realidade, temos pessoas desamparadas, desvalidas do destino, da vida, do Estado, condenadas à prisão perpétua por acusação de loucura. Esse quadro não pode mais persistir ¹⁷.

Nota-se a preocupação a ser observada pelo Ministério Público, na busca da compreensão da vida social para além das discussões jurídicas que, por vezes, invisibilizam as discussões da vida. Além disso, ficou evidente a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

Hoje, percebemos, pela literatura que trata do assunto, que o número de leitos psiquiátricos, que custa aproximadamente 700 reais, está diminuindo porque esses leitos estão sendo trocados por assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais em centros de atenção psicossocial na comunidade, que custa 250 reais – quase três vezes menos- e, em geral, oferece qualidade de atendimento muito melhor. Além da questão do hospital-dia e do hospital-noite, há uma série de providências. O próprio Governo reconhece que, nas verbas repassadas para o Sistema Único de Saúde (SUS), as internações psiquiátricas só perdem para os partos. Gasta-

¹⁵ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.15.

¹⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.15.

¹⁷ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.16.

se muito dinheiro. Mas se esse dinheiro fosse bem investido, nada a reclamar; contudo, desconfio que é mal investido¹⁸.

Nesse contexto, Marco Antônio Teixeira também destacou a importância das Portarias n. 224, de 1992; n. 469, de 2001 e a n. 106, em especial, “a alteração da remuneração das internações psiquiátricas, visando exatamente desestimulá-las – isso sempre foi um mercado negro”¹⁹ e a criação “dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, os chamados lares abrigados”²⁰.

Em continuidade na sua linha argumentativa, citou, de modo geral, os trabalhos de Benedito Saraceno. No segundo momento, fez uma alusão à ideia de que “o importante é que a crítica ao sistema manicomial reconhece que o manicômio não é exatamente o ponto central do problema”²¹. Vejamos:

Se acabarmos com os manicômios – o que não é o propósito da lei, que quer reduzir o quão possível o uso desse sistema –, mas não acabarmos com a política psiquiátrica que os alimenta, essa situação reproduzirá outros cenários, que não serão chamados de manicômios, porque terão sido extintos, mas por outro nome. Portanto, o problema não é acabar com o manicômio, é rever a política de tratamento psiquiátrico que os alimenta, senão isso será reproduzido em outro lugar²².

Enquanto equipamento na assistência psiquiátrica, observa-se que o manicômio, à luz dessa interpretação jurídica, seria uma questão

¹⁸ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.17.

¹⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.17.

²⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.17.

²¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.18.

²² BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 18.

secundária, já que a principal se encontrava na política de assistência psiquiátrica.

Apesar disso, paradoxalmente, o jurista entende que “o ato de internação, voluntário ou involuntário, é complexo, não é apenas um ato médico”²³ com interferências sociais, inclusive:

Lembro bem um estudo feito pelo próprio sistema de saúde brasileiro, pelo Ministério da Saúde, indicando que mais de 55% das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos tinham problemas sociais e não clínicos. Isso foi abordado na V Conferência Nacional de Saúde. O cliente padrão do auxílio-doença psiquiátrica, na verdade, era mais um caso social do que clínico. As pessoas que estavam internadas tinham neuroses comuns... Ou seja, as pessoas portadoras de transtorno mental têm uma conduta que precisa ser entendida e não repelida. A questão é: podemos entender isso? ²⁴.

Marco Antônio Teixeira reforçou “a necessidade de entender a linguagem da pessoa com transtorno mental, bem como a sua riqueza”²⁵, ao destacar a importância dessa compreensão pela área médica e do Ministério Público:

Não podemos considerar o outro como uma coisa distante de nós. Não quero ver promotores de Justiça oficiando em processos de interdição mecânica e amanuensemente, como meros burocratas. Por trás daquelas páginas, por trás de uma audiência com um juiz, há um contexto de vida riquíssimo, importantíssimo e muitas vezes desgraçado, e nós temos de ter um compromisso muito sério com isso²⁶.

²³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.18.

²⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p.18-19.

²⁵ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 19.

²⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 20

Além disso, destacou que “por trás de toda história de internamento involuntário, temos dois focos de tensão. De um lado, a família, de outro, a instituição psiquiátrica”²⁷. Nesse sentido, mostrou a necessidade de cuidado integrado entre a família e o âmbito governamental:

Temos o movimento da moderna psiquiatria, de abandono dos hospitais de internamento, delegando para a família esse tipo de situação, e a família muitas vezes não tem condições estruturais, econômicas – tem gente desempregada, passando fome, com filho fora da escola ou mexendo com droga, enfim, não tem como suportar os custos e o desgaste da convivência com uma pessoa com surto psicótico. A saída não pode ser nesse clima de tensão; de um lado, a instituição psiquiátrica; de outro, a entrega da pessoa pura e simples à família. Há que haver um movimento muito sério – e estou falando de uma política de Governo – no sentido de dar condições de vida melhor a essas pessoas, não no manicômio, mas no seio familiar. A nova política pode não ser mais “hospitalocêntrica”. Devemos integrar essas pessoas de novo à sociedade, isso é verdade, mas isso não significa devolvê-las para um padrão de miséria da qual elas vieram e onde elas não vão ficar melhor do que estavam antes²⁸.

Ora, tal advertência, quanto à reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, é fundamental para se pensar, além do governo, mas reconhecer enquanto política de Estado, a relevância da Assistência Social nesse âmbito, a partir da Constituição Federal de 1988:

A Constituição Federal quando trata da saúde pública, engloba a saúde mental, o direito à saúde como direito público subjetivo. O cidadão tem direito a exigir do Estado a prestação que lhe é devida. Se não assentarmos esse princípio jurídico, nada mais terá sentido. Será a lei da selva. A nossa Constituição Federal não fala, em nenhum momento, em saúde mental e duvido que alguma no mundo fale. Quando ela trata da saúde pública, o faz de uma das formas mais ricas e generosas que no Direito Comparado é

²⁷ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 20

²⁸ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 20.

possível conceber. Tenho pregado e defendido que o Sistema Único de Saúde é um dos melhores sistemas existentes. Reconheço que tem muitos problemas, mas a sua essência de filosofia, sua essência humanista é uma coisa a ser defendida por todos nós. Mas de saúde mental não há nenhuma referência. O próprio Direito Sanitário, que trata das relações do direito com a área da saúde, é uma disciplina na área jurídica ainda em formação, não é sequer oferecida nos cursos de graduação das áreas do Direito, para os senhores terem uma ideia. Então, há um longo caminho a ser percorrido²⁹.

De fato, não havia nenhuma menção expressa ao “direito à saúde mental” na Constituição Federal de 1988, o que não implica em dizer que o cuidado em saúde mental não teria proteção constitucional, uma vez que, como se mostra, o conceito de saúde pública envolve também saúde mental. Em outras palavras, nessa perspectiva, o Direito Sanitário englobaria o Direito à Saúde Mental.

Quanto ao papel do Ministério Público, Marco Antônio Teixeira afirma que o *Parquet* não deve, num primeiro momento, punir ou perseguir, mas, antes, se relacionar com as pessoas, instituições através de um papel pedagógico e de orientação como diretriz predominante:

Não imagino que um promotor fique à espera de que uma comunicação de internação involuntária não tenha sido feita no prazo de 72 horas para fazer incorrer o administrador nas sanções do art. 22, §1º da Lei de Contravenções Penais, porque essa é a pena. Isso não faz o menor sentido, e para isso a lei não precisava ter mencionado o Ministério Público. Quero dizer aos senhores e às senhoras que quando a lei menciona que cada comunicação de internação involuntária deverá ser feita em até 72 horas pelo responsável técnico ao Ministério Público, isso é muito menos do que nós, do Ministério Público, pretendemos, porque não nos adianta muito recebermos esses comunicados de internação feitos por médicos. Não somos médicos, e teremos que fazer o papel de arquivamento, se tivermos uma visão muito

²⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 20.

pobre dessa lei, desses documentos, chancelando muitas vezes, por ignorância, situações que não deviam ser chanceladas³⁰.

Vejamos a importância de, além de cumprir o prazo para o encaminhamento, fazê-lo com informações de natureza médica, de modo esclarecido e objetivo, que permita melhor fiscalização do Ministério Público. De acordo com Marco Antônio Teixeira, o Ministério Público deve “tirar da lei o que ela de melhor nos traz, não quando ela nos cita, mas quando ela não nos cita”³¹:

Ou seja, devemos interferir diretamente na fiscalização dos direitos previstos no art. 2º, parágrafo único, quando trata dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. E aí não só recebendo as comunicações, mas indo aos serviços de internamento, vendo se eles estão adequados ao que a própria lei prevê – não podem ser asilares –, que tenham comprometimento multidisciplinar no tratamento das pessoas; exigir dos responsáveis, caso assim não seja, por via de ação civil pública, o cumprimento da lei; trabalhar junto aos municípios para formação de conselhos de atenção à pessoa com sofrimento mental³².

Nessa ocasião, ele também destacou o compromisso institucional do Ministério Público com os direitos difusos e coletivos:

A Lei n. 10.216/01 menciona o Ministério Público apenas do ponto de vista individual ou do tratamento individual que ele vai dar caso a caso da pessoa internada involuntariamente. Temos um compromisso dentro do próprio texto da lei, embora não expresse explicitamente, com os compromissos de natureza difusa, de natureza individual homogênea. Ou seja, temos compromisso com pluralidades. Estamos inseridos na lei nesse momento e

³⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 21.

³¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 22.

³² BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 22.

nesse ponto das internações é apenas um pedal para intervenções mais ambiciosas, mais generosas e mais humanas³³.

Marco Antônio Teixeira ressaltou a importância das legislações estaduais, inspiradas à luz do Projeto de Lei 3.657/89, na construção da Lei n. 10.216/01: “e acho que a lei atual foi menos ambiciosa do que previa o projeto, mas é uma questão do legislador. A lei está posta e, ainda que dessa forma, foi um avanço muito grande”³⁴.

Embora não esteja expressamente dita a razão pela qual, Marco Antônio Teixeira notou “a lei ser menos ambiciosa do que previa o projeto”, entendendo no mesmo sentido com o acréscimo de notar que o próprio projeto de Lei n. 3.657/89 já nasceu tímido e poderia ter avançado mais, ao menos na partida do processo legislativo:

O Projeto de Lei Antimanicomial, de fato, foi conservador, cauteloso talvez, uma vez que não rompeu, definitivamente, com a ideia da instituição psiquiátrica e não enfrentou de modo frontal a rede, exclusivamente, privada. A proposta legislativa brasileira inicia, de modo tímido, diante de toda ebulição social às voltas das discussões do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento da Luta Antimanicomial. Em contrapartida, ela pode ser considerada como parte da Reforma Sanitária e nesse sentido, um projeto piloto com caráter instrumental para a construção do Sistema Único de Saúde, já previsto na Constituição de 1988. Ainda assim, a perspectiva da “proteção em parte dos direitos civis” era incompatível com o novo regime jurídico de transição que se inaugurava com a Constituição Cidadã de 1988. Além da proteção aos direitos civis – de modo não parcial –, fazia-se necessário também o cuidado com os direitos sociais e políticos, não elencados nessa primeira Casa Legislativa³⁵.

³³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 22.

³⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 22.

³⁵ MARTINS, Laércio Melo. **Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas**. Porto Alegre, RS: Editora FI, 2020, p. 234-235.

À época, Marco Antônio Teixeira afirmou que, para a realização da internação involuntária, era necessário a observância de “um médico com CRM local”³⁶, oportunidade em que também disse ser possível a aplicação da Resolução n. 1.598, de 2000 do Conselho Federal de Medicina, que trata da a internação involuntária:

Nós, do Ministério Público, devemos ter a incumbência de fazer funcionar essas comissões nesses serviços e estarmos atentos a esse encaminhamento, porque a garantia da pessoa é que ela possa, quando e como quiser, ter seu caso revisto, e revisto tecnicamente, não apenas pelo Ministério Público. É evidente que a legislação estadual de alguns estados que citei persiste e é boa na medida, obviamente, em que não conflite com o texto federal. Em alguns momentos percebi conflitos, em outros, não. O futuro Código Civil, que vai entrar em vigor nos próximos meses, terá uma evolução de nomenclatura muito grande, quando se refere às pessoas portadoras de transtorno mental. Saímos de 1916, quando o Código Civil atual chama de louco de todos os gêneros, o que, sem fazer blague, é uma loucura. O Código evoluiu, mas nem tanto. Agora ele trata essas pessoas como portadoras de enfermidades ou deficiência mental, o que também não é uma terminologia muito adequada, mas o velho Decreto n. 24.559 de 1934, que já foi revogado na época do Governo Collor, tratava essas pessoas de psicopatas – quem é da área sabe disso – e havia situações aberrantes neste decreto, que em boa hora e tardiamente foi revogado. Havia dois princípios: a suspeita, não a constatação, de doença mental que possibilitava o internamento da pessoa; em outro artigo, o 9º desse decreto, dizia que a pessoa com transtorno mental que fosse considerada inconveniente na sua casa podia ser recolhida no manicômio. Era um decreto, portanto, que tratava de eugenia fascistamente e doença mental como degenerescência da raça. Ora, a Lei n. 10.216 nos redime um pouco desse passado que nada nos pode orgulhar³⁷.

Ainda no que diz respeito ao internamento, Marco Antônio Teixeira salientou que, no caso da internação involuntária, no laudo médico, deve constar o histórico, o quadro clínico e também a

³⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 23.

³⁷ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 23-24.

inexistência de recursos extra-hospitalares para tratamento³⁸ e ainda afirmou: “mas acho que deve constar também o porquê da ausência do consentimento daquele que está sendo internado. Muitas vezes essa ausência é decorrente da patologia, mas isso deve ficar expresso”³⁹.

Ainda sobre o laudo médico e fundado em resolução do Conselho Federal de Medicina, que embora não cite em sua argumentação, Marco Antônio Teixeira reafirma a importância da participação do Ministério Público na avaliação da internação involuntária:

O diagnóstico de um transtorno mental não será determinado por qualquer dos seguintes fatores isoladamente. Ou seja, conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores sociais, morais, culturais ou políticos, com as crenças religiosas prevalentes da comunidade, da pessoa, ou uma história de tratamento ou hospitalização psiquiátricos anteriores. Nenhum desses fatores deverá isoladamente determinar, como já dizia muito antes da Lei n. 10.216 a resolução do Conselho Federal de Medicina, a internação de quem quer que seja⁴⁰.

Quanto à internação involuntária a pedido de terceiros, observe a interpretação realizada por Marco Antônio Teixeira que, ao fim, aceita essa possibilidade em sua exegese jurídica:

Agora, a lei diz também que a internação involuntária se dará a pedido de terceiro. Aí a situação fica muito interessante juridicamente. É uma lei pequena, mas muito pródiga, ao usar certas argumentações que nos leva juridicamente, no início, a alguma perplexidade. Porque a lei fala em terceiro, mas em alguns momentos ela fala em responsável pela pessoa; em outros momentos ela fala em responsável legal; depois em representante legal; fala em familiar e ela fala em terceiro. Do art. 2º ao 6º, 8º, 10, vamos encontrar relações ditas na lei. Quem é o representante legal? Quem é o

³⁸ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 24.

³⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 24.

⁴⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 24.

responsável? Obviamente o familiar, sabemos. Quem é o terceiro afinal que pode autorizar ou pedir? Há uma tendência de que terceiro é gênero e de que todos os demais – representante, representante legal, responsável legal etc. – seriam espécies desse gênero. Se essa tese fosse tomada juridicamente como verdadeira, acrescentaria também, evidentemente, o Poder Público, por meio de seus agentes, porque, obviamente dentre o número de casos que ocorre, muitas pessoas são encontradas na rua e é um policial que é chamado ou alguém do serviço de assistência médica de qualquer hospital. Quem é esse terceiro, afinal de contas? Ele pode ou não pedir o internamento, já que ele não é o representante legal, não é responsável? Tenho pra mim que sim⁴¹.

Seguindo na justificativa de permitir a possibilidade da internação involuntária a pedido de terceiros, Marco Antônio Teixeira curiosamente destaca:

O velho Decreto n. 24.559, em um de seus poucos e bons momentos falava em interesse em um de seus artigos. E ele dizia que interessado é aquela pessoa que está acompanhando a pessoa que está, por exemplo, com surto psicótico, mas que deve declarar qual a sua relação com essa pessoa para qual se propõe internação, qual o seu vínculo com ela e deduzir o seu pedido. Quer dizer, se é um policial, descrever a cena. Enfim, é evidente que o que se pretende neste momento, usando a terminologia terceiro para o internamento e não representante legal, é que muitas vezes essa pessoa quando tem um surto e necessita de internação, não estará na presença de nenhuma dessas outras figuras e aí não poderia ser internada e trataria graves problemas para si ou para outros. Portanto, alargou-se a possibilidade quando se trata de internação involuntária, usando a palavra terceiro, que é muito mais generosa na sua amplitude, porque nem sempre a pessoa que está caminhando na rua e tem um surto psicótico vai estar do lado de seu representante legal; muitas vezes nem representante legal tem. Acho que foi um bom momento que a lei estabeleceu e acho que é dessa forma, com a maior responsabilidade do serviço de admissão médica, que isso deve ser feito⁴².

⁴¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 25.

⁴² BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 25-26.

Como se nota, à época, o entendimento jurídico sobre a expressão “a pedido de terceiros” era amplo e, portanto, evidentemente, problemático, já que uma pessoa desconhecida ou um agente público poderia solicitar a internação involuntária. Ora, o procedimento adequado seria convocar uma equipe multidisciplinar de saúde mental para verificar a situação e não um policial ou qualquer pessoa que estivesse no cenário.

Em outras palavras, o terceiro deveria solicitar o atendimento para a situação de emergência e não pedir para internar. Por isso, é importante o fortalecimento de uma rede pública em saúde mental capaz de atender as demandas urgentes e sensíveis que possam ocorrer na experiência comunitária.

Em razão da complexidade das ações em saúde mental, Marco Antônio Teixeira reconhece as limitações hermenêuticas jurídicas, e apresenta uma sugestão interessante para a composição do desenho institucional da participação do Ministério Público, caracterizada pela participação de um médico:

Acho que seria do maior significado não apenas para questões de saúde pública que, sem ônus, porque já são funcionários do Ministério, se pudesse alocar nas capitais dos estados, para trabalhar em conjunto com o Ministério Público, um médico da estrutura do Ministério da Saúde. A questão é interdisciplinar e isso agilizaria, facilitaria, clarificaria melhor nossa situação... Senhoras e senhores, estou convencido de que, no fundo, o grande problema que acomete as pessoas portadoras de transtornos mentais não são elas, somos nós ⁴³.

Nesse trecho, ficam demonstradas que a dificuldade hermenêutica e de aplicação da norma jurídica e a necessidade de construir uma

⁴³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 26-27.

estrutura médico-jurídica capaz de eliminar as barreiras e os muros e que permitam a inclusão social das pessoas em sofrimento mental.

A coordenadora Sônia Barros agradeceu a contribuição de Marco Antônio Teixeira e concedeu a palavra a Milton Freire, representante dos Usuários de Saúde Mental, do Instituto Franco Basaglia, que iniciou sua contribuição agradecendo à vida e à visibilidade no espaço de discussão:

É nessa visão de diálogo humano e criativo que nós, usuários do serviço de saúde mental, colocamo-nos no enfrentamento com a sociedade. Antes de tudo, é a oportunidade de sermos ouvidos e de podermos falar do fenômeno do bode expiatório. Apesar da legislação, do senso do coletivo e da solidariedade, implícita na formação da sociedade desde a instauração do iluminismo, do racionalismo, as pessoas são excluídas – como disse o representante da Justiça, quando se exclui aquela sombra que não queremos ver em nós mesmos, o lado obscuro de nosso ser, que projetamos em alguém. Isso acontece com frequência. Uma das condições humanas mais miserável é a de pessoas que passaram por tão grande sofrimento intrapsíquico e de exclusão social. Vejo esses aspectos nos meus companheiros de condição. Temos lutado contra esse sofrimento. Sempre afirmamos que o maior problema da saúde mental é o sofrimento dos pacientes. Ninguém pediu para ter um problema de transtorno mental, de dificuldade afetiva. Às vezes, esses problemas são decorrentes da própria experiência pessoal, outras vezes, da singularidade existente em cada um de nós⁴⁴.

Com efeito, Milton Freire expõe a nossa fissura social e ressalta as sombras, que cada um de nós temos, a fim de eliminar essa separação entre “nós” e “eles”, ao destacar a condição humana vulnerável como elo comum, ainda que tenhamos nossas singularidades. Dessa maneira, de modo crítico ao modelo biomédico, ele demonstra preocupação com a prática psiquiátrica:

Gostaria de comentar um aspecto da psiquiatria tradicional: a violência. A violência é o maior problema em termos de saúde mental. Estamos

⁴⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 27-28.

passando de um paradigma de atendimento de saúde mental para outro. São modelos que refletem a situação histórica do homem. Quando se diz que a pessoa com problema de saúde mental está fora da sociedade, é uma balela. Ninguém está fora da sociedade. Por mais que a sociedade humana tente excluir, os fatores irracionais aparecem. Haja vista a situação que vivemos atualmente ou a vivida na I e II Guerras Mundiais. Esses fatores irracionais surgem na luta de interesses econômicos e sociais, na luta de classes⁴⁵.

Os destaques para os riscos da prática da violência médico-institucional no exercício da assistência psiquiátrica engendram um modo de perceber o sujeito em sofrimento mental como “fora da sociedade”, um sujeito à parte. Ora, este modo preconceituoso se revela através do isolamento social:

O que eu estava querendo enfatizar, principalmente em termos de debate, é a questão da nossa relação com a Justiça. E nessa relação com a Justiça há lembranças em nosso corpo, sou muito artodiano. A nossa expressão verbal deve passar pelo nosso corpo também. Há um preconceito racionalista de que pensar – penso, logo existo – é pensar com as palavras, é pensar com o raciocínio dedutivo. Exclui-se aí o fenômeno da emoção, do sentir, exclui-se o nosso corpo de perceber. E essa exclusão vemos no atendimento tradicional da psiquiatria. E a lembrança que tenho é lambendo tudo o que posso sentir, poder dizer quais são os signos que me falam de um sofrimento outro que não o sofrimento da minha incapacidade verbal. Naquela época eu não falava, eu não conseguia verbalizar. Não é que eu não falava, eu não conseguia verbalizar aquilo que eu sentia⁴⁶.

O controle social do corpo do sujeito adoecido mentalmente, através da violência institucional, busca inibir o que é inevitável: o corpo fala. Sendo assim, para além da linguagem verbal que, por vezes, é incapaz de conceber o âmago psíquico, o corpo reflete e deve ser respeitado em sua expressão:

⁴⁵ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 28-29.

⁴⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 29.

Aí você fica andando atrás do técnico e falando: “quero ir embora para casa, quero ir embora para a minha casa”. Aí começa o drama, porque ninguém ouve você. Você fala, fala e ninguém ouve. E aí começa o eco. E esse eco vai aumentando, e você vê que ninguém fala com você; você não é gente, você é uma coisa, você é um ser desalmado, você é um ser despersonalizado, você é apenas um objeto e, a partir de certo ponto, um objeto precioso de lucro para donos de hospitais⁴⁷.

Evidencia-se a importância de estar atendo às formas de manifestação de vontade, seja através do uso verbal ou não-verbal, seja através do conteúdo do que está sendo dito através de uma interpretação aberta à ética do cuidado:

Então, o que estamos querendo agora – e vi o Promotor fazer brilhantemente uma observação que me tocou bastante – é que não basta, na prática, notificar o Ministério Público. É preciso que o Ministério Público tenha sentimento, sensibilidade, uma cultura nova com relação à questão filosófica de relações humanas, questão muito mais ampla de sobrevivência da humanidade. Falar isso não é exagero de louco. É preciso, para checar essa atitude cultural nova, ir lá e verificar, porque ficar só notificado não adianta coisa nenhuma. Fica a lei, e a lei não vai funcionar⁴⁸.

Milton Freire destaca que o cumprimento da missão constitucional do Ministério Público necessariamente deve envolver a multidisciplinaridade e humanidade na avaliação dos instrumentos e recursos jurídicos:

É preciso haver um sistema de atendimento voltado para a saúde, e não para a ideologia da doença. O que o hospital tradicional reproduz é essa ideologia da doença mental, é essa forma de escravidão perversa com relação às pessoas que precisam de atendimento relativo à saúde mental⁴⁹.

⁴⁷ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 30.

⁴⁸ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 31.

⁴⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 31.

Assim, é importante colocar a “doença mental” em suspenso e pensar na história do corpo-sujeito adoecido, na narrativa corporal. Esse é um convite a pensar com o corpo e ao reconhecimento da relevância do trabalho feminino no cuidado em saúde mental:

Lembro-me de outra coisa que não existia no hospital: a mulher como trabalhadora técnica. A participação da mulher só ocorria nos trabalhos mais subalternos, mais simples, menos complexos. Essa participação mais ampla da mulher é um dos fenômenos históricos mais importantes, hoje em dia, e o Movimento de Usuários de Saúde Mental tem uma ligação profunda com o Movimento de Libertação das Mulheres. A participação das mulheres nas relações humanas internacionais é decisiva, também, em termos de sobrevivência, de complementação e de participação nessa ecologia a que nos referimos agora⁵⁰.

Após o fim do discurso de Milton Freire, Sônia Barros agradeceu a contribuição e concedeu a fala ao Gilson Magalhães, Vice – Presidente da Federação Nordestina de Portadores de Distúrbios Mentais que destacou a dificuldade na implantação do Sistema Único de Saúde: “Para que os senhores tenham ideia da situação que enfrentamos, o SUS já completou dez anos de existência e nós ainda não conseguimos efetivá-lo. Lá na ponta vemos como ele é aplicado”⁵¹.

Ao mesmo tempo, também destacou a preocupação com a regulamentação do art. 12 da Lei 10.216/01, ao demonstrar a necessidade da criação da comissão nacional para acompanhar a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica, bem como as eventuais melhorias:

O que esta Lei n. 10.216 estabelece no seu art. 12? Alguém sabe responder? ... Acredito que a partir daí teremos de selecionar todas essas queixas, teremos acesso a toda essa tramitação, a toda essa reforma, e poderemos, então

⁵⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 32.

⁵¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 33.

tratar com o Ministério – já que esta é uma comissão paritária, da qual participarão vários segmentos, para que possamos, na verdade, dar continuidade à implementação dessa lei e fazer com que ela possa, na verdade, ser efetivada⁵².

Das discussões da comissão nacional para a implementação da rede substitutiva às críticas aos recém equipamentos em saúde mental, à época, Gilson Magalhães afirmou:

Falamos dos NAPs, CAPs. Tudo isso é muito bom, maravilhoso. Ouvimos a exposição de um técnico que disse que todas as patologias são controladas. A grande maioria dos doentes mentais entra em surto e os CAPs não aceitam nessa situação, só compensado. Às vezes o doente mental vai lá e não há vaga. Ele não tem acompanhamento ambulatorial. Resultado: volta a surtar. Para onde vai, então?⁵³.

Mais uma vez, Sônia Barros agradeceu a participação dos seminaristas e concedeu a palavra a Pedro Gabriel Delgado, à época, Coordenador Nacional de Saúde Mental, que destacou a questão da internação involuntária como crucial para regulamentação da Lei 10.216/01:

O debate sobre essa lei no Parlamento, como todos sabem durou 12 anos. Quando foi apresentado a esta Casa pelo Deputado Paulo Delgado, em 1989, o ponto que despertou a principal divergência foi justamente o controle da internação involuntária. Porém, alguns anos depois, quando todo o debate centrava-se na redução ou não de leitos e na extinção de hospitais psiquiátricos, a regulamentação da internação involuntária passou a ser consensual. Todos os vários substitutivos apresentados ao projeto original incorporavam o controle externo da internação involuntária, e, não só isso, mas também, conforme mencionou o Dr. Marco Antônio, algumas normativas que são do Conselho Federal de Medicina ou dos Conselhos Regionais de Medicina. Então, essa não só é uma lei aprovada, como também

⁵² BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 34.

⁵³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 34.

já se construiu, ao longo dos anos, um consenso em torno da necessidade dessa regulamentação. É bom trabalharmos com a ideia de que existe esse consenso, para que possamos produzir também entre nós os consensos técnicos necessários para que isso se efetive de forma competente e eficaz... O objetivo desse seminário é justamente produzir uma reunião de trabalho entre os atores individuais e coletivos que cuidarão da regulamentação da internação involuntária⁵⁴.

Mais uma vez ficava claro o objetivo do seminário orientado para a produção de consenso sobre o regime de internações e o procedimento médico-jurídico, a saber:

A legislação francesa mais antiga era de 1848. Ela foi substituída por uma circular – não uma lei – do Ministério da Saúde, nos anos 60, e, finalmente, em 1990, essa circular foi substituída por uma lei, fruto de uma iniciativa do Ministério da Saúde, mas aprovada pelo Parlamento. O núcleo dessa nova lei francesa, que é a lei atual, é o controle da internação involuntária e a caracterização dos diversos tipos de internação que existem no campo da saúde mental: a internação determinada pela Justiça, a internação voluntária e a internação a pedido de um terceiro. Eles distinguem bastante a internação voluntária da involuntária e daquela a pedido de um terceiro, mas, em todos os casos, o que se busca é um controle externo. O controle não é interno, exercido pelo próprio hospital, pela equipe médica ou mesmo pela equipe multidisciplinar. Segundo a legislação francesa, o controle tem de ser externo, feito em benefício do estabelecimento de um mecanismo de proteção, na medida em que, apesar de todo o benefício que uma internação pode trazer durante uma crise do paciente, ela sempre significa uma limitação da sua liberdade⁵⁵.

É interessante ressaltar que tal debate sobre a legislação francesa não apareceu no Projeto de Lei n. 3.657/89 da Reforma Psiquiátrica brasileira, demarcado, majoritariamente, pelo pensamento da Psiquiatria Democrática italiana:

⁵⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 36.

⁵⁵ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 37.

Valendo-me da observação anteriormente feita pelo promotor, Dr. Marco Antônio, quero dizer que, ao meu ver, não faria o menor sentido estabelecer uma relação de conflito permanente entre as instituições de saúde e o Ministério Público. Seria o fracasso dessa lei se criasse uma situação mutuamente paranoica, isto é, ao se fazer a comunicação ao Ministério Público, o médico ou a emergência psiquiátrica que fizesse, agisse sempre naquela expectativa de que algo ruim iria produzir. Se a notificação da internação involuntária for feita com o sentido da notificação de algo incorreto, alguma coisa potencialmente capaz de propiciar sanções por parte do Ministério Público, a lei fracassará. Isso é difícil, porque é fundamental a nossa participação na saúde. A participação do Ministério Público é uma marca da democratização da saúde no Brasil. Ela sempre suscita uma apreensão inicial de que vai haver alguma medida punitiva, corretiva. No início do debate do projeto esse aspecto foi muito mencionado pelos colegas psiquiatras. Eles se sentiram inseguros com a obrigatoriedade de comunicar a internação involuntária a um leigo, a uma pessoa de outro órgão, como disse o promotor. A internação involuntária não tem a ver com a psiquiatria, mas com a sociedade, com a liberdade do cidadão⁵⁶.

Com efeito, além de complexa, é indissociável a relação com o saber médico-jurídico para a garantia da experiência democrática dos direitos da pessoa em sofrimento mental, conforme salienta Pedro Gabriel Delgado:

É extremamente importante darmos conta dessa situação, que é meio paradoxal. A regulação é desejável, mas cria constrangimentos. Temos de saber trafegar no fio da navalha da regulação e não-regulação. Não queremos que a lei, em vez de assegurar a boa qualidade do trabalho, constitua constrangimento ao psiquiatra que tiver que fazer uma internação involuntária. A decisão da internação involuntária é sempre uma decisão difícil para o paciente, para os familiares, para a instituição e para o médico. Portanto, a regulamentação tem de ser vista como algo que vai beneficiar o manejo dessa situação. É bom lembrar que os países que começaram a registrar internação involuntária começaram a observar a queda do número desses procedimentos. Uma indicação da boa qualidade

⁵⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 37-38.

de um sistema de atenção em saúde mental é a realização de um baixo número de internações involuntárias⁵⁷.

Dessa forma, o controle do regime de internação involuntária deve ser visto como um índice de avaliação da qualidade nos serviços e ações em saúde mental:

Um bom sistema de saúde mental realiza poucas internações involuntárias. Um alto índice de internações involuntárias pode funcionar como sinal de alerta para nós, gestores da saúde pública. Significa que o sistema de saúde não é bom⁵⁸.

Por fim, ficou destacado a importância da Rede de Atenção Psicossocial ser capaz de atender os casos de urgência em saúde mental, bem como a produção do consenso técnico sobre as internações psiquiátricas:

Não consigo entender que um Caps não aceite paciente em surto. Um Caps que não aceita paciente em surto não é o Caps que o Ministério da Saúde está querendo implantar. Mas se o Caps atende paciente em surto, esse paciente, provavelmente, não será internado voluntária nem involuntariamente, porque está sendo atendido. Portanto, a notificação da internação involuntária vai servir para que a sociedade e os gestores de saúde, em particular, possam aferir a qualidade da rede de atendimento. A ideia é de que possamos fazer deste evento um seminário de produção de consenso técnico. Quanto à necessidade, legitimidade e ética dessa medida, já há consenso na sociedade. Como disse, todos os substitutivos ao projeto do Deputado Paulo Delgado incluíam o controle da internação involuntária. É tarefa dos grupos de trabalho de hoje produzir o consenso técnico, isto é, definir que medida normativa, de que natureza, com que conteúdo, o Ministério da Saúde tem de adotar imediatamente para colocar em curso

⁵⁷ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 39-40.

⁵⁸ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 40.

em todos os estados da Federação o processo de notificação da internação involuntária⁵⁹.

Após as considerações de Pedro Gabriel Delgado, Sonia Barros agradeceu a todos participantes da Mesa.

3.2.2 - NOTAS SOBRE A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA (IC) E A DEFESA DA CIDADANIA

Em seguida a parlamentar Telma Souza continuou a discussão lembrando que é preciso “mudar a cultura em relação à saúde mental em nosso país, que ainda é extremamente conservadora e, por vezes, até perversa”⁶⁰ e concedeu a palavra ao Humberto Jacques, membro do Ministério Público Federal, que tratou da interdição:

A interdição como conhecemos, do Código Civil Beviláqua, para cá tem a ver com a ideia de incapazes, loucos de todos os gêneros, e se divide basicamente em dos pilares para fundar a interdição. A interdição tem uma razão patrimonial e envolve uma questão de Estado. Ou seja, restringe a noção de pessoa reduzindo a sua capacidade. Assim, a interdição do Código Civil, tradicionalmente lidada no Brasil – o primeiro estágio da história da interdição brasileira – envolve dois pilares: patrimonial e capacidade. A lógica patrimonial tem profunda ênfase de processo com citação, contestação, interdição, perícia e audiência⁶¹.

Como se nota ao longo das discussões do seminário, a preocupação do uso da interdição no âmbito institucional da Reforma Psiquiátrica brasileira foi um tópico importante dentro das discussões jurídicas:

Além do pilar patrimonial, uma discussão sobre patrimônios e quem pode ou não gerir um patrimônio, se pode ou não se confiar a alguém a gestão de

⁵⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 40-41.

⁶⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 46.

⁶¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 46-47.

um patrimônio. Ao lado disso, há a questão da restrição da capacidade de alguém. E porque estamos numa fase de Estado Liberal, existe uma identidade absoluta. O Ministério Público entra nas ações de interdição para defender a capacidade do interditado, por um pressuposto liberal de que, no que se defende a capacidade, automaticamente se está a defender a vida, a dignidade e a liberdade. O Estado liberal dizia: todos os homens nascem livres e iguais. Se somos homens, já somos livres, iguais e dignos. Portanto, a atuação do Código Civil liberal do Ministério Público é: defender a capacidade. E isso basta, porque no que se defende a capacidade, por consequência lógica, está se garantindo a vida, a dignidade e a liberdade⁶².

De modo transversal, o tema da capacidade jurídica assume relevância dentro do espectro das discussões dos direitos de primeira dimensão, em especial, o direito à liberdade, com repercussões no campo dos direitos sociais:

O segundo estágio chamo de a história da interdição previdenciária, que é quando surge um novo elemento. Ser interditado e ter um curador torna-se condição de acesso a algum benefício de amparo social. Passamos a viver um dilema horroroso, quando algumas parcelas da população são compelidas a alienar sua capacidade para poder ter amparo social. O preço a se pagar no país para ter amparo social é alienar parcela de sua capacidade⁶³.

Notam-se os riscos da interdição para o exercício da cidadania das pessoas em sofrimento mental, bem como o condicionamento do usufruto dos direitos sociais, a partir de terceiro:

Nossa tarefa de Ministério Público quanto à curatela pelo novo Código Civil, é exigir que na sentença se imponha ao curador os deveres de que o Código fala o dever de educar, de defender, de prestar alimentos, de reger a pessoa, de velar por ela e de administrar seus bens. Deve-se deixar isso muito bem posto e fazer com que esse pró-procurador leve a um acompanhamento do exercício desses curadores que, via de regra, são familiares. O pró-procurador pode ser uma pessoa de fora, não um familiar, alguém que tenha

⁶² BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 47.

⁶³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 48.

conhecimento técnico de que precisamos para uma zeladoria adequada à saúde dessas pessoas⁶⁴.

Por fim, ficou destacado o papel do Ministério Público na fiscalização da curatela e dos cuidados existenciais e patrimoniais dos sujeitos em sofrimento mental. Nesse sentido, entendeu-se pela possibilidade de terceiro ter a responsabilidade dos cuidados destinados à pessoa em sofrimento mental.

Logo após os agradecimentos, Telma de Souza passou a palavra a Tânia Kolker, da Superintendência da Saúde do DESIPE no Rio de Janeiro, que manifestou sua frustração de ver que, mais uma vez, o debate sobre internação compulsória em pauta, atravessado pelo tema da periculosidade social nos manicômios judiciários, em razão de longas discussões:

Esse tema carrega uma série de preconceitos e até hoje não se pôde discutir suficientemente os efeitos desse peso histórico. Um deles tem a ver com a periculosidade, tem a ver com a figura daquelas pessoas que estão internadas em manicômios judiciários. Que ser é este tão perigoso, capaz de todos os crimes? A Psiquiatria considerou essas criaturas, durante muito tempo, portadoras de transtornos de personalidades. Durante muito tempo imaginou-se que os manicômios judiciários eram lugares onde se internavam os “pepezões”, como se dizia na época. Quem trabalha no manicômio judiciário sabe que essa não é uma verdade. O que, de certa forma, tem contribuído para manter esse preconceito é a invisibilidade que ainda existe nesse tipo de instituição⁶⁵.

Na partida, Tânia Kolker destaca a falácia da periculosidade social associada necessariamente à loucura. Se isso fosse verdadeiro, toda pessoa “louca” deveria ser necessariamente “perigosa, sob o ponto de

⁶⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 51.

⁶⁵ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 53-54.

vista social”. Na prática, mostra-se o contrário, pois nem sempre o adoecimento psíquico está acompanhado de atos violentos praticados pelos sujeitos em sofrimento mental:

Interessante é que as instituições de exclusão, de modo geral, tem um efeito exemplar. A prisão é visível, há muros, há os efeitos da prisão, há as imagens, há a ideia de estar prevenido novos crimes etc. A impressão que dá é que o manicômio judiciário foi condenado desde sempre à invisibilidade⁶⁶.

O paradoxo existencial dos manicômios judiciários, que oscilam entre a visibilidade e invisibilidade social dos sujeitos em sofrimento mental, demarca a nossa incapacidade civilizatória de lidar com o adoecimento psíquico:

Manicômios judiciários não são construídos no país há muito tempo. Sei que nem todos os estados têm manicômios judiciários. Por outro lado, há uma fila de espera de pacientes considerados inimputáveis, que permanecem nas unidades prisionais, aguardando transferência. Não se sabe muito bem como essas coisas se dão. Temos censos dos hospitais psiquiátricos e da população penitenciária, mas não há censos efetivamente válidos com relação à população interna em manicômios judiciários. Número reduzido de pessoas encontra-se nessa situação. Consequentemente, fazem pouco barulho, tem pouca sensibilidade, provocam menos reflexão e trazem menos problemas do ponto de vista das políticas de segurança pública⁶⁷.

Nessa zona de penumbra das políticas públicas em saúde mental, o tema da periculosidade social do “louco infrator” insiste em demonstrar a incapacidade estatal de provisão do cuidado dos sujeitos em sofrimento mental, em que pese a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS):

⁶⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 54.

⁶⁷ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 54.

Atualmente, toda a assistência médica no sistema penitenciário está conveniada ao SUS, para presos comuns e presos internos, por medidas de segurança. Isso já representou grande avanço na direção de um modelo de intervenção terapêutica. Os hospitais de custódia, historicamente, não eram espaços para essas intervenções, por medida de segurança para a sociedade. Um dia se justificou a internação de pacientes psiquiátricos como medida de favor do paciente e de segurança para a sociedade, tendo em vista sua proteção, principalmente, no caso dos que cometem delitos. Os ambientes dos hospitais de custódias nunca foram terapêuticos⁶⁸.

Como evidência, os hospitais de custódias deveriam ser abandonados como forma de tratamento dos sujeitos em sofrimento mental, na medida em que não são capazes de cuidar e promover a inserção social das pessoas em adoecimento mental:

O movimento de saída de paciente mostrou que os pacientes que saem dos hospitais precisam ser reabsorvidos pela sociedade. Encontramos dificuldades com relação a isso, com raras exceções. Esses pacientes não foram recontratados em seus empregos, e lares-abrigos não os aceitavam. Foram desinternados 52% dos pacientes, mas vários outros poderiam também ter sido, se o Estado tivesse algum programa de inserção social progressiva para eles, como lares-abrigos, entre outros. Dessa forma, a maioria não tinha mais motivo para ficar internada. Várias empresas não aceitaram os pacientes no trabalho. Isso gerou diversas discussões, muitas delas, no Rio de Janeiro⁶⁹.

O estigma sociopolítico que acompanha o sujeito egresso de uma instituição psiquiátrica ou de um manicômio judiciário ainda confirmam a incapacidade do Estado brasileiro de tratar a vulnerabilidade das pessoas com sofrimento mental com dignidade e respeito:

Apontarei alguns problemas e algumas sugestões. Falou-se aqui do papel do Conselho Federal de Medicina, das Comissões de Revisão de Internamento,

⁶⁸ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 56.

⁶⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 57.

entre outros. Sem modificar legislação nenhuma, poderíamos avançar na avaliação dos aspectos éticos dos exames que determinarão a entrada e a saída dos pacientes. A legislação não vai mudar a questão da inimputabilidade, pelo menos no momento, nem a da periculosidade. Mas é possível, começarmos a discutir com os profissionais de saúde, sob o ponto de vista ético, o que significa atestar que alguém é inimputável, não pode ser responsabilizado pelos seus atos. Da mesma maneira, o que implica atestar que alguém tenha a capacidade de realizar ato agressivo e, por isso, não poderá ser desinternado. Esses aspectos éticos podem ser discutidos e podem gerar mudança, ainda que não seja mudada a lei. Foram observações feitas no nosso Estado. Por isso começou a mudar esse quadro, ou seja, as desinternações começaram a ser feitas⁷⁰.

Embora com o reconhecimento institucional da relevância da discussão sobre a periculosidade social, não se buscou, à época, pensar em proposições efetivas no campo penal, mas nos aspectos de avaliação ética sobre a inimputabilidade, bem como da instrumentalização da internação involuntária:

O Ministério Público, que exerce importante papel em relação à internação involuntária, do ponto de vista da execução penal, de penas de reclusão e índice de segurança, tem também um papel que, pelo menos no nosso Estado, não tem sido exercido. Refiro-me à fiscalização das condições em que estão sendo realizados os exames, as permanências e das condições em que os pacientes permanecem alojados. Ainda que não se dirija exatamente às medidas de segurança, o art. 5º da Lei 10.216, sem dúvida nenhuma, pode ser estendido também a essa clientela. Temos inúmeros pacientes que hoje se poderiam beneficiar de uma desinternação programada e uma reinserção em serviços alternativos. Isso pode ser estabelecido. Para tal, essa instalação da Comissão Ministerial tem grandes possibilidades de caminhar nessa direção. A entrada da saúde nas prisões e nos manicômios judiciais será um passo da maior importância⁷¹.

⁷⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 57-58.

⁷¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 58.

Por fim, houve a defesa do uso da Lei da Reforma Psiquiátrica aplicada à medida de segurança. Ao final da fala, Telma de Souza ressaltou a importância do compartilhamento das angústias e da indignação e concedeu a palavra a Maria Salete Beltrão, Presidente da Associação de Doentes Mentais, em Alagoas:

O Ministério público do nosso Estado está no calcanhar de donos de instituições psiquiátricas, como também do CAPS existentes, que, infelizmente, são dois. Mandamos pacientes para o hospital do CAPS, mas não há remédio nem alimentação. E aí, eles vão para a rua? Para debaixo das pontes? A família se depara com um problema seríssimo, que todos sabemos: o paciente tem de ser tratado e acompanhado. Reinseri-lo na família e na sociedade requer verificação da situação econômica e financeira do usuário e de sua família. Onde está o Poder Público?⁷².

Ora, Maria S. Beltrão inicia a fala destacando a ausência do Poder Público nas atividades iniciais de implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira. É contraditório, pois, concomitantemente, reconhece a atuação do Ministério Público ao cumprir com o papel fiscalizatório previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica.

Para além das discussões sobre a reinserção social e as dificuldades enfrentadas pelos CAPs, parece-me que ela estava mais preocupada com a atuação incisiva do Ministério Público de Alagoas:

O Ministério Público do nosso Estado está no calcanhar de todo hospital existente, quer seja público, quer seja privado. O objetivo é a ressocialização por meio das atividades desenvolvidas. Não são atividades como medicar o paciente para ele ficar perambulando no jardim do hospital, nos bancos. Eles têm atividade de expressão profissionalizante⁷³.

⁷² BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 60.

⁷³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 60.

De forma a defender a iniciativa privada, Maria S. Beltrão acentua a distinção no campo de atuação da saúde mental no âmbito público:

O que encontramos numa instituição privada que não temos na pública? Medicação administrada na hora certa, sem a ausência do “está faltando”, “venha amanhã”, “não venha”, “o médico não veio” etc.; equipe produtiva e qualificada, pois se não for o profissional estará na rua atendimento 24 horas. Este é outro orgulho nosso. Atendemos em sistema de 24 horas todas as emergências, pois não temos no Estado emergência psiquiátrica⁷⁴.

Como fica evidente, a intenção foi estabelecer uma diferença de tratamento da assistência psiquiátrica nos âmbitos público e privado, de modo a enfatizar a internação privada como a melhor alternativa, à época:

Os meios empregados pelos antimanicomiais seriam substitutivos ou alternativos? Vejam bem, não é o antimanicomial que fala, que briga, que é radical. Não é esse que encontrei aqui. Encontrei aqui pessoas técnicas, buscando a mesma coisa: um tratamento digno. Quero fazer alusão ao Deputado Paulo Delgado, pois acho fantástico haver líderes que pensam nessa reforma psiquiátrica. O projeto tem o nome “Substitutivo”. Segundo meu entendimento, envolve substituição: tirar um e botar outro. Seriam meios alternativos em que se poderiam dar as mãos, fazer parcerias e se complementar. Com a atual situação política, econômica e financeira do país, há como estruturar inúmeros serviços alternativos eficientes, qualificados e produtivos?⁷⁵

Em ato contínuo, em defesa da não substituição pela Rede de Atenção Psicossocial, destacou novamente a entidade privada como exemplo de assistência psiquiátrica:

Questionamento: existe diferença entre entidade privada moderna e entidade pública? Para mim, que tenho experiência em entidade privada –

⁷⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 61.

⁷⁵ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 62-63.

é uma opinião muito pessoal, existe. Na entidade privada tem de haver qualidade e produtividade. Na pública existem interesses políticos e pessoais; insatisfações dos profissionais, porque não somos pagos adequadamente e porque não somos treinados como deveríamos. Há o pensamento de se ter ações concretas em prol do portador de transtorno mental ou medo do transtorno mental, por questões pessoais? A diminuição de leito, dada a carência econômica e financeira das famílias e a necessidade do internamento do doente em crise, seria a solução? O que fazer com o portador de transtorno mental? Aquele que saísse de uma instituição, por período curto, e chegasse a um CAP ou NAP, qualquer centro de atendimento, e não encontrasse apoio, voltaria para a rua? Acho que todos buscamos alternativas juntos aos políticos para que isso não aconteça. Todos os hospitais são adequados? Seria infantilidade crer. Claro que não. O que fazer? Exigir que os órgãos competentes, o Ministério Público, a sociedade, etc., dotem os hospitais de princípios modernos e coerentes com a reforma e assistência psiquiátrica. Onde há ciência, sensatez, equilíbrio e interesse pela humanização não há radicalismos e críticas negativas. Vamos construir juntos!⁷⁶.

Logo após, Telma de Souza relatou sua experiência, enquanto Prefeita de Santos em 1991, de construção da rede de assistência psicossocial, juntamente com Davi Capistrano, Secretário Municipal de Saúde, à época: “a descentralização dos serviços de atendimento psiquiátrico por meio dos Núcleos de Atendimento Psicossocial – NAPs, e também de hospital-dia”⁷⁷.

Tomamos uma decisão. Eu tinha muito medo- essa a palavra – de fazer, como a Tânia disse, uma desinternação e colocar a comunidade em risco ou deixar os pacientes confinados, porque é isso o que acontece nos hospitais psiquiátricos com pessoas que poderiam ter outro tipo de recuperação em termos de relação. É claro que optei pela coragem, paguei um preço muito alto, até porque descobrimos, em determinado momento, que a relação da chamada loucura das internações tinha, em quase 70 % dos casos, relação com o alcoolismo e com as drogas, pois Santos é um setor portuário, onde a

⁷⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 63-64.

⁷⁷ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 64.

questão das drogas e da Aids era muito candente. Percebi também, de maneira muito pronta, que havia interrelação entre os fatos e que precisaríamos agir energeticamente. Para agravar a situação, a Casa de Saúde Anchieta era particular. Esta Prefeita, stalinista, comunista, socialista, que comia criancinhas e aquelas coisas todas, teve de adotar um ato de força, porque não podia ficar muito tempo teorizando. Um rapaz de 21 anos matou outro por asfixia numa madrugada e não pude mais ser cúmplice de situação que ocorria na cidade da qual tinha a honra de ser Prefeita⁷⁸.

Por outro lado, Telma de Souza demonstra a eficiência das medidas políticas na assistência pública em saúde mental e salienta que o tema é multidisciplinar:

Finalizo dizendo que não dá para trabalhar sozinha na questão da saúde mental. Há dois problemas em que temos de interferir de forma bastante coesa e concreta. Em primeiro lugar, conforme disse anteriormente, temos de mudar o caldo da cultura deste país em relação ao conceito e tipo de tratamento dispensado ao dito doente mental, que já é uma definição por si extremamente complexa. Em segundo lugar, quando nos deparamos com oportunidades como essas, temos de multiplicá-las nos nossos lugares de origem e nos setores onde atuamos, seja no Ministério da Justiça, seja nas relações de Direito, seja nas relações políticas, seja nas relações médicas. Solitariamente não poderemos caminhar muito⁷⁹.

Assim, observa-se o papel do Direito como fundamental no acesso ao cuidado em saúde mental, bem como do desenho institucional nas relações de poder no âmbito da justiça:

E num *insight* dei-me conta de que realmente temos que de alguma maneira, trazer saúde mental para as relações de poder do nosso país. São as relações de poder que estão adoecidas, são as relações de poder que trazem artigos e leis, e estamos às voltas com a CLT esta semana, que pode propiciar essa iniciativa. Então, nosso trabalho é muito grande e bastante árduo. Mas fico

⁷⁸ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 65-66.

⁷⁹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 66.

extremamente feliz por saber que aqueles que foram condenados pela reação de poder, que determina quem é e quem não é, tem tantos aliados que, espero, não seja na saúde mental, na loucura e principalmente no extremo e difícil caminho de nos equilibrarmos⁸⁰.

Em ato contínuo, David Rocha, Procurador da República, destacou a preocupação da regulamentação da Lei n. 10.216/01 gerar, na prática, uma ineficiência nas ações do Poder Público, tal como as Lei n. 7.210 (Lei de Execução Penal) e n. 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente):

Farei breve cotejo entre outras duas leis. Hoje existe a preocupação de regulamentar a Lei n. 10.216. Lembro que esta vem regulamentar não só a Constituição Federal de 1988, mas também as anteriores. Se fizermos um histórico das Constituições anteriores, desde a do Império, todas asseguram direito integral, amplo, irrestrito à saúde. Esta lei vem apenas regulamentar, no aspecto da saúde mental, um direito que deveria ser acessível a todos. E aí corremos o perigo da regulamentação, sobre o que ontem o Deputado falou. Tenho visto a regulamentação de várias leis no Brasil amputar-lhes severamente o próprio espírito. Faço, então, uma pequena comparação da Lei n. 10.216 com as Leis n. 7.210 e 8.069. A primeira é a Lei da Execução Penal e a segunda é o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA⁸¹.

É curiosa essa consideração do jurista, uma vez que o propósito do evento era buscar caminhos de regulamentação dos artigos da Lei da Reforma Psiquiátrica. Além disso, é oportuno destacar que a previsão constitucional para o cuidado no campo da saúde aparece expressamente, a primeira vez, na Constituição de 1934, de forma limitada à classe trabalhadora e à gestante⁸². Assim, a afirmação supracitada, neste aspecto, encontra-se equivocada:

⁸⁰ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 67.

⁸¹ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 68-69.

⁸² MARTINS, Laércio Melo. **Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas**. Porto Alegre, RS: Editora FI, 2020, p. 154-155.

Na falta de execução desta lei, se, daqui a cinco ou dez anos, fizermos a revisão do pensamento do que foi esta lei, gostaria de sugerir a todos Erasmo de Roterdam, com o seu *O Elogio da Loucura*. Se não conseguirmos levar efetividade a esta lei, talvez nos reste buscar na loucura as virtudes que Erasmo de Roterdam nela vi ⁸³.

Por fim, a palavra foi concedida a Paulo Amarante, psiquiatra e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, que realizou ponderações sobre a discussão em tela:

A questão que o Sr. Gilson trouxe é um dos pontos que deveríamos centrar na discussão, que é a importância e a premência de definir a comissão nacional; saber se é a mesma comissão atual da saúde mental ou se é outra; e quais são os critérios de composição, para que não sejam casuísticos. Ao mesmo tempo, o Sr. Gilson, num certo sentido, denunciou a composição da mesa casuística em que ele articulou com deputados para fazer parte; uma associação de moradores, de familiares, de usuários, que compôs as duas mesas. E deixou de fora, por exemplo, a associação da qual faço parte. Sou membro de uma associação do Rio de Janeiro, criada há mais de vinte anos, pela D. Ivete Braga, de doce memória, e não fizemos nenhuma articulação para nos colocar. É uma associação de pais, mães e familiares sofredores, mas absolutamente contrários à manutenção dos manicômios. É uma posição muito diferente da assumida pela associação de familiares do Nordeste. A comissão nacional implica também a criação de comissões locais. Temos de pensar em como comissões, não só locais, como o Pedro Gabriel lembrou, mas também acho que até institucionais. Se há macrohospitais ou hospitais psiquiátricos que desempenham papel importante na cidade, tem de ser regulamentada uma comissão para aquele hospital. Não pode nunca fazer parte de uma comissão alguém diretamente interessado como, por exemplo, uma funcionária do hospital. Ela não pode ser fiscalizadora do hospital. Entendeu, Salete? Tem de haver critérios de isenção. Não pode ser colocada uma pessoa que é familiar e, ao mesmo tempo, funcionário⁸⁴.

⁸³ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 70.

⁸⁴ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 71.

Em análise política, Paulo Amarante destaca o conflito de interesses na discussão do presente seminário, de forma que o profissional que trabalha na assistência psiquiátrica não pode ser o responsável pela fiscalização do hospital, além de destacar o risco da generalização da assistência pública no campo da saúde mental:

A outra questão é não associar. Realmente quando se falou dos CAP e NAP, a Telma de Souza lembrou: existem CAP e NAP bons e ruins. Trata-se de um processo, estamos mudando uma história de duzentos anos... Relacionar as práticas sociais, saber que a lei é colocada na prática quando tem legitimidade social, e essa lei tem legitimidade social, porque nasceu do movimento social; não veio regulamentando, veio regulamentar prática que começou – desculpe aqui falar porque estou na sua frente – efetivamente em Santos, com uma parte de transformação⁸⁵.

De fato, a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo, sobretudo acerca das práticas sociais que envolvem o cuidado destinado aos sujeitos em sofrimento mental:

O último ponto. Temos que ver o que a lei fala sobre a internação compulsória e a internação involuntária... Deve ser feito um levantamento sobre a relação entre periculosidade e doença mental, como a Tânia bem lembrou, para rever essa questão. Em algumas leis internacionais estão revistas essa questão: doença mental não é sinônimo de periculosidade, tem de se provar que é perigoso. Caso contrário, é pressuposto. Isso tem de ser retirado. O estigma. Isso tem de ser retirado para mudar a relação entre doença mental, o problema de transtorno mental e a periculosidade⁸⁶.

Além das discussões das mesas no Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n.10.216/01, ocorreu deliberações em Grupos de Trabalho com apresentação das propostas finais em Plenário que versavam, de modo geral, sobre o **regime de**

⁸⁵ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 72.

⁸⁶ BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002, p. 72.

internações (voluntária, involuntária e compulsória) e a participação do Ministério Público.

É curioso observar que desde o Projeto de Lei n. 3.657/89, a Defensoria Pública, instituição prevista, à época, no art. 134, *caput* da Carta Política de 1988, como **essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV** foi afastada na discussão do processo legislativo que culminou na Lei da Reforma Psiquiátrica:

A Defensoria Pública, segundo a proposta do Projeto de Lei Antimanicomial, assumiria relevância e preferência no âmbito da proteção judicial da pessoa com transtorno mental ao controlar a legalidade das internações e ter a competência de auditar, periodicamente, os estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado. Na Carta Política de 1988, pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro, foi instituída a Defensoria Pública e ao interpretar sua função constitucional, o parlamentar lhe atribuiu condição de caráter judicial, além de outras funções equivocadas como controlar internações, sequestros ilegais e auditar estabelecimentos psiquiátricos, competências destinadas ao Ministério Público. Paulo Delgado (PT/MG) ainda fez uso da noção de “sequestro” para se referir ao ato de retirada da pessoa em sofrimento psíquico do convívio social para a internação em instituição hospitalar, termo incompatível com a previsão de direitos e garantias fundamentais da Constituição Cidadã recém aprovada à época, sobretudo, em relação às liberdades e garantias individuais, sociais e políticas. Observe que tal utilização pelo parlamentar é uma crítica à prática ilegal de internação incompatível com o nascente cenário democrático. Havia problemas na interpretação constitucional quanto à definição das atribuições da Defensoria Pública e do Ministério Público. Todavia, nesse momento, na Câmara dos Deputados, ela foi aceita exercendo tais prerrogativas, já no Senado Federal foi rejeitada. Segundo o parlamentar, cabia ainda à Defensoria Pública o cuidado e zelo dos “direitos do internado”.⁸⁷

⁸⁷ MARTINS, Laércio Melo. **Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas**. Porto Alegre, RS: Editora FI, 2020, p. 228-229.

Como se nota, já na partida das discussões legislativas, tal afastamento da previsão normativa, de alguma forma, refletiu **na ausência da discussão do papel constitucional da Defensoria Pública no campo da saúde mental** no início dos anos 2000:

Por fim, o autor do Projeto de Lei Antimanicomial não apresentou as razões constitucionais – certamente, por não existir fundamento jurídico, à luz da Constituição de 1988, com exceção do “zelo pelo exercício de cidadania do internado” – para instituir a Defensoria Pública como instância judicial, preferencial e responsável pela investigação sistemática da legitimidade da internação-sequestro e o respeito ao cidadão internado⁸⁸.

Lamentavelmente, por ocasião do Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n.10.216/01, não houve nenhuma discussão sobre a relevância do papel de outras categorias jurídicas do Sistema de Justiça no campo da saúde mental, a exemplo da Defensoria Pública⁸⁹, da Advocacia, da Magistratura e da Procuradoria.

Tendo em vista o exposto, há que se averiguar a amplitude dos desdobramentos do **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde** nessas discussões preliminares do Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n.10.216/01.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 233.

⁸⁹ Em razão da Emenda Constitucional n. 80, de 2014, houve alteração no texto constitucional, com a seguinte previsão para o art. 134 da CRFB/88: A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do [inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal](#). Para maior aprofundamento sobre a relevância da atuação da Defensoria Pública na construção antimanicomial ver DE OLIVEIRA, Patrícia Fonseca Carlos Magno. **Nas trincheiras da Luta Antimanicomial: sistematização de uma experiência da Defensoria Pública nos Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro**. 2021. 719 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021, p. 401-415.

3.3 – PREVISÃO EXPRESSA DO BLOCO DE CONSTITUCIONALIDADE SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O ACESSO À SAÚDE

Com efeito, entendendo incontroverso que houve o reconhecimento do Estado Constitucional brasileiro da previsão jurídica do “direito à saúde mental”, sobretudo, a partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, resta-me verificar os reflexos, de modo imediato, nos âmbitos trabalhista, previdenciário, educacional, da assistência social e do transporte e, de forma mediata, nas demais áreas:

É possível observar através da hermenêutica do texto jurídico da Lei nº 10.216/01, a presença de normas jurídicas materialmente constitucionais como aquelas que preveem, por exemplo, a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental contra a discriminação (art.1º), a tomada de conhecimento, por ocasião do atendimento em saúde mental, dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental (art. 2º, caput), a proteção da honra, da dignidade e da imagem do usuário (art. 2º, I a IX). Nesse sentido, ficou demarcada a inescusável responsabilidade do Estado na promoção da saúde mental pública em âmbito nacional com a participação da sociedade e da família (art. 3º). Como parte dessa construção, a internação, em qualquer de suas modalidades, assumiu caráter excepcional cabendo apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º). Assim, o tratamento passou a ter como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio, devendo inclusive, nos casos de regime de internação, ser assegurada a presença de equipe multidisciplinar na assistência terapêutica composta por serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 3º, §§ 1º e 2º). A norma federal também definiu a contrario sensu instituições com características asilares: todas aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (art. 3º, §3º). Ou seja, se ainda houver instituições com a ausência das garantias dos direitos fundamentais da pessoa em sofrimento psíquico, trata-se de um asilo, em outras palavras, de um manicômio. Em casos específicos de paciente há longo tempo hospitalizado, deve existir uma política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (art. 5º), a fim de assegurar sua reinserção na comunidade política. Entendida como secundária, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos (art. 6º, caput). Quanto aos tipos de internação

psiquiátrica, a controvérsia permanece quanto à internação involuntária (art. 6º, II), sobretudo, acerca da constitucionalidade de tal dispositivo, à luz da Carta Magna de 1988. Foi também admitida a internação voluntária (art. 6º, I), nessa hipótese, a pessoa que solicitou sua internação ou que a consentiu, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento (art. 7º). O término da internação voluntária deve ser solicitado por escrito, seja pelo paciente, seja por determinação do médico assistente (art. 7º, parágrafo único). Quanto ao fim da internação involuntária, ela também deve ser solicitada por escrito do familiar ou do responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento. É oportuno observar que a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada pelo médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) onde se localize o estabelecimento. Assim, em relação à internação compulsória (art. 6º, III), o legislador ordinário não apresentou especificações territoriais (art. 8º). A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse procedimento ser adotado inclusive quando da respectiva alta (art. 8º, §1º). No que se refere à internação compulsória (art. 6º, III), ela deverá ser determinada pelo juiz competente, de acordo com a legislação vigente, levando em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 9º). Há prazo para outras ocorrências, tais como a comunicação sobre evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento realizada pelo estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência (art.10). Em respeito à dignidade e à cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, as pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde (art. 11). A lei federal nº 10.216/01 no art. 12 estabeleceu que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), no âmbito da sua atuação, criaria a Comissão Nacional para acompanhar a implementação da Reforma Psiquiátrica. Por fim, o art.13 determinou a vigência da nova política nacional em saúde mental a partir da publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica⁹⁰.

⁹⁰ MARTINS, Laércio Melo. Às imagens, as sombras do porvir: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Diorito*, v. 2, n. 1, 2018, p. 106-108.

A partir dessa interpretação jurídica preliminar da Lei da Reforma Psiquiátrica nota-se, de modo imediato, o interesse do Estado brasileiro em garantir o exercício da cidadania dos sujeitos em sofrimento mental e, portanto, reinseri-los socialmente no convívio comunitário. Isso implica pensar um outro começo da prática clínica:

O aprendizado da clínica tem, como condição fundamental, o convívio – e nada nos afasta mais do convívio do que uma apresentação de enfermos no hospital, ou um consultório fechado num ambulatório. Atividades como essas nos aprisionam no âmbito privado, eliminando a esfera pública e o laço político como espaço privilegiado de singularização. Evidentemente, é preciso ensinar as questões relativas ao diagnóstico, à psicopatologia – e ao fazê-lo, importa não perder de vista a escuta, o manejo da transferência, a consideração do sujeito do inconsciente que nos fala. Contudo, o exercício da clínica perde seu relevo, torna-se pobre, pálido, fantasmagoria pura, exclui o sujeito, quando não se articula à dimensão política da cidadania⁹¹.

Isso pode ser entendido, sobretudo, **como garantia de acesso aos direitos fundamentais sociais**, como se nota em virtude da Lei n. 10.708/03 que **instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Tal recuperação histórica nos possibilita entender melhor a configuração política do presente e nos habilita a olhar novos horizontes para a dimensão jurídica da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A fim de compreender o escopo legislativo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), à luz dos direitos e garantias dos sujeitos em sofrimento mental que acessam as ações e os serviços ofertados, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), a atividade hermenêutica constitucional a ser empreendida envolve, antes de tudo, o entendimento da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas

⁹¹ LOBOSQUE, Ana Marta. **O sujeito, o singular e o espaço público**. In: **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática**. Ana Marta Lobosque, Celso Renato Silva (Org). Belo Horizonte: CRP 04, 2013, p.73.

com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2007), que possui *status* de norma constitucional, sendo aprovada pelo Decreto Legislativo n. 186, de 2008, nos termos do art. 5º, §3º da CRFB/88 e promulgada pelo Decreto n. 6.949, de 2009.

Na ADI n. 5.357/2015, o STF, por meio da decisão monocrática do Ministro Edson Fachin, reconheceu a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como integrante do bloco de constitucionalidade brasileiro. Sob esse aspecto hermenêutico, é oportuno também considerar a necessidade de adequação, de modo revisional, de todas as portarias administrativas do Ministério da Saúde (MS), relativas à saúde mental, à luz do bloco de constitucionalidade e das normas infraconstitucionais, promulgadas após a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.10.216/01):

Nesse caminho, entendemos que a Constituição de 1988, emendada pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e do seu Protocolo Facultativo, prevê a existência do direito fundamental social à saúde mental, em especial os artigos 17 (proteção da integridade da pessoa), 25 (saúde) e 26 (habilitação e reabilitação), sob o fundamento da proteção à integridade mental. Nesse quadro, é necessário repensarmos os dispositivos infraconstitucionais da Reforma Psiquiátrica, de modo a verificar em que medida as alterações jurídicas, no âmbito institucional da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), podem ser apresentadas no sentido de permitir a emancipação das pessoas em sofrimento psíquico. Essa emancipação pode suceder com base em formas mais adequadas de tratamento, moldadas por uma ética orientada pelo cuidado e respeito humano, que atende à vulnerabilidade e à unidade identitária e de vida dessas pessoas, para além da estrutura asilar e dos manicômios mentais, que, não obstante o avanço legislativo, insistem em permanecer no convívio social⁹².

⁹² BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; MARTINS, Laércio Melo. **Previsão Constitucional do Direito à Saúde Mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Revista Pensar, Fortaleza, v. 26, n. 1, 2021, p. 11.

De fato, a ausência de uma sistematização jurídica da legislação em saúde mental, para que possa haver uma maior explicitação jurídica para a prática do cuidado em liberdade, reafirma a urgência do presente esforço hermenêutico, sobretudo para a dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3.3.1 - NÚCLEO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À INTEGRIDADE MENTAL (DIREITO À SAÚDE MENTAL)

Ora, sob o **mandamento constitucional de proteção à integridade mental** dos cidadãos fica notório que o exercício do direito à saúde mental envolve uma **ética do cuidado**.

De maneira diversa do que foi discutido, por ocasião da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o objetivo da análise jurídica contemporânea deve ser a busca da compatibilidade material com o **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental)**, a fim de construir uma **ética do cuidado jurídico**, bem como a máxima eficácia na garantia do **direito à saúde mental** para os sujeitos em sofrimento psíquico.

Contido, portanto, no **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental)**, encontra-se, expressamente, o **núcleo constitucional do direito à integridade mental**: art. 3, alínea “a”, “b” e “d”; art. 14, “b”, *in fine*; art. 15, item 1 e 2; art. 16, item 4; art.17; art. 25, alínea “d”; art. 26 e art. 29 da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Assim, já não há que se falar em regulamentação e aplicação tão somente da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01) pelo contrário, deve-se verificar, de fato, o teor da constitucionalidade do regime de internações:

Em relação à internação psiquiátrica compulsória, definida como aquela determinada pela Justiça (art. 6º, III, da Lei n. 10.216/01), mediante laudo médico circunstanciado com a caracterização dos seus motivos, pode-se notar que o elemento central dessa discussão reside na relação de poder construída pela disciplina médico-jurídica. Como se nota, o âmbito jurídico constitui a instrumentalização da forma a ser preenchida pelo saber médico nos casos sobre a internação psiquiátrica compulsória. Todavia ações libertárias, contrárias às internações psiquiátricas compulsória e involuntária na constituição da Política Nacional de Saúde Mental, devem ser discutidas à luz da compatibilidade constitucional, a exemplo da construção e manutenção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para intervenções necessárias em casos agudos. Em análise hermenêutica integrada da Lei da Reforma Psiquiátrica com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, fica evidente o mandamento jurídico de proibir a submissão da pessoa com deficiência, inclusive mental, à intervenção clínica ou cirúrgica e a tratamento ou institucionalização forçada (art. 11 da Lei n. 13.146/15), muito embora, paradoxalmente, se admita que o consentimento da pessoa curatelada possa ser suprido (art. 11, parágrafo único, da Lei n.º 13.146/15) ou ser permitido a ela o maior grau possível de participação (art.12, §1º, da Lei n. 13.146/15). Nesse contexto, de modo específico, a internação compulsória determinada pela Justiça é incompatível com a Constituição de 1988, não obstante tenha sido formulada sob a égide da atual Carta Política. Além disso, o status de norma constitucional da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo reforçam o respeito à autonomia, à singularidade existencial de cada pessoa com deficiência (art. 3, alínea “a”; art. 16, item 4; art. 25, alínea “d”, e art. 26)⁹³.

É preciso reconhecer que a Reforma Psiquiátrica brasileira se encontra sujeita às oscilações das forças políticas e, portanto, as políticas públicas em saúde mental estão condicionadas às diversas matrizes ideológicas que perpassam o campo interdisciplinar.

Entretanto, conforme já demonstrado existe um núcleo constitucional que deve ser respeitado, independentemente da transitoriedade governamental, que permite sustentar uma **ética do**

⁹³ BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; MARTINS, Laércio Melo. **Previsão Constitucional do Direito à Saúde Mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Revista Pensar, Fortaleza, v. 26, n. 1, 2021, p. 11-12.

cuidado jurídico destinado aos sujeitos em sofrimento mental, a partir do **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental)**: art. 1º, II e III da CRFB/88; art. 3º, I, III e IV da CRFB/88; art. 5º, §2º, CRFB/88; art. 5º, §1º, CRFB/88; art. 6º, *caput*, CRFB/88; art. 7º, XIV, XXII e XXXI da CRFB/88; art. 23, II, XIV e parágrafo único da CRFB/88; art. 24, XII, §§ 1º ao 4º, CRFB/88; art. 30, VII, CRFB/88; art.35, III, CRFB/88; art. 37, VIII, § 13 c/c 40, § 4º-A da CRFB/88; art. 194 c/c art. 196 a 198 da CRFB/88; art. 199, §§ 1º e 3º c/c art. 200, I a III da CRFB/88; art. 201, §1º, I, CRFB/88 ; art. 203, IV e V c/c art. 244 da CRFB/88; art. 208, III da CRFB/88; art. 227, § 1º, II, CRFB/88; art. 3, alínea “a”, “b” e “d”; art. 14, “b”, *in fine*; art. 15, item 1 e 2; art. 16, item 4; art.17; art. 25, alínea “d”; art. 26 e art. 29 da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Nesse sentido, é importante destacar que as normas infraconstitucionais devem se adequar à **previsão constitucional do direito à saúde mental**. Fica evidente que, além da defesa do cuidado em liberdade no convívio comunitário, a Constituição de 1988 e a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, por paridade constitucional, destacam a obrigação do Estado brasileiro de garantir o acesso ao bem-estar material aos sujeitos em sofrimento mental.

Assim, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (art. 2º, *caput* da Lei n. 13.126/15).

É evidente, sob o ponto de vista jurídico-formal, a superação do modelo biomédico e a adoção do modelo social de deficiência pelo

Estado Constitucional brasileiro, devendo a avaliação da deficiência, quando necessária, ter características multidisciplinar e biopsicossocial (art. 2º, §1º da Lei n. 13.126/15).

Assim, em caso de possíveis antinomias no âmbito da saúde mental, devem-se buscar, inicialmente, em razão do *critério hierárquico*, as orientações do **bloco de constitucionalidade dos direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental)**. Caso permaneça o aparente conflito normativo, utilizar o *critério cronológico*, uma vez que “lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior” (art. 2º, §1º da Lei n. 12.376/2010) e, por fim, o uso do *critério da especialidade*.

Em caso de omissão legislativa, “o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito” (art. 4º, da Lei n. 12.376/2010), devendo na aplicação da lei, atender “aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum” (art. 5º, da Lei n. 12.376/10).

Além disso, cumpre salientar que “a lei nova, que estabeleça disposições gerais ou especiais a par das já existentes, não revoga nem modifica a lei anterior” (art. 2º, § 2º da Lei n. 12.376/2010). Não há dúvida de que é necessário o exercício hermenêutico infraconstitucional que envolva a compreensão da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01) e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15), a fim de assegurar também o **princípio constitucional de vedação ao retrocesso social** e ampliar ao máximo os direitos e garantias das pessoas em sofrimento mental.

Nesse sentido, o exercício da **autonomia** do sujeito em sofrimento mental assume protagonismo principal nas relações sociais e no âmbito das políticas públicas de atenção psicossocial, como se observa através

da **acessibilidade** (art. 3º, I da Lei n. 13.146/15), do uso de **tecnologia assistiva** ou **ajuda técnica** (art. 3º, II da Lei n. 13.146/15), **residências inclusivas** e **moradia para a vida independente da pessoa com deficiência** (art. 3º, X e XI da Lei n. 13.146/15).

Somado a isso, verifica-se “o processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência” (art. 14 da Lei n. 13.146/15), com o propósito de contribuir para “a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas” (art. 14, parágrafo único da Lei n. 13.146/15).

No âmbito da saúde, “é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário (art. 18 da Lei n. 13.146/15), além de assegurar “a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas” (art. 18, § 1º da Lei n. 13.146/15), concomitantemente com o “atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia (art. 18, § 2º da Lei n. 13.146/15). Vejamos, nesse aspecto da saúde (mental) pública, o entendimento sobre a dignidade do sujeito:

A dignidade humana não admite privilégios em sua significação, pois não é atributo outorgado, mas qualidade inerente às pessoas. É um *a priori* ético comum a todos os seres humanos e, assim, qualidade axiológica que não permite gradações. Da mesma forma que não se pode ser mais ou menos pessoa, não se pode ter mais ou menos dignidade; a dignidade presta-se para a inclusão de todos os seres humanos e não para excluir alguns, usualmente os que não interessam ao sistema produtivo. A dignidade não pode ser usada como critério de exclusão porque significa justamente o

contrário, a inclusão. A igual dignidade e cidadania fundamentaram a proposição do SUS e devem continuar fundamentando sua consolidação⁹⁴.

Dessa forma, a amplitude do respeito à **autonomia** da pessoa em sofrimento mental tem reflexos na área da educação (art. 27, parágrafo único e art. 28, III da Lei n. 13.146/15), da assistência social (art. 39 da Lei n. 13.146/15) e da tecnologia assistiva (art. 74 da Lei n. 13.146/15).

Ora, a discussão da Política Nacional em Saúde Mental envolve também a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, uma vez que “a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (art. 1º, §2º da Lei n. 12.764/12).

Nesse sentido, é oportuno demarcar a relevância dos microsistemas jurídicos de proteção aos direitos das minorias sociais e sexuais (crianças, idosos, negros, mulheres, indígenas, imigrantes, pessoas em situação de rua e LGBTQIA+) no campo da saúde mental como perspectivas a serem observadas, além dos direitos das pessoas com deficiência, a partir dos casos concretos em discussão.

É, portanto, a partir da hierarquia constitucional das normas jurídicas que se buscou destacar a existência, vigência e validade do bloco de constitucionalidade dos direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental).

Diante do atual cenário político brasileiro de crescente autoritarismo e de rupturas democráticas, somado ao transcurso de 20 anos da promulgação e publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, para além da atuação institucional do *Parquet*, é urgentíssima a maior participação de outros operadores do Direito (magistrados, advogados,

⁹⁴ ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Desafios para a consolidação do SUS**. In **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica** (Org) Sandra Caponi *et al.* Palhoça: Ed. Unisul, 2010, p. 379.

procuradores e defensores públicos, por exemplo), de modo direto e imediato no campo da saúde mental.

Com a advento da Lei n. 13.840/2019 que trata sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, houve a previsão do controle das internações voluntária e involuntária do “usuário ou dependente de drogas” também realizado pela Defensoria Pública e outros órgãos de fiscalização (art. 23-A, §7º, Lei n. 13.840/2019), o que considero um avanço na discussão em saúde mental.

Embora, considere inconstitucional a internação involuntária, entendo a importância das atividades da Defensoria Pública, concomitante ao Ministério Público, no papel de defesa e proteção dos direitos das pessoas em sofrimento mental, que também fazem uso de álcool e outras drogas, a fim de permitir o cuidado em liberdade:

A regra é a preservação da autonomia e manutenção da vontade da pessoa com deficiência (mental), sendo considerada relativamente incapaz aquela que, por causa transitória ou permanente, não puder exprimir sua vontade (art. 4º, inciso III do CC/02). Com status de norma constitucional, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2007) tem força normativa e, a partir desta hermenêutica constitucional, pode-se apontar os seguintes artigos – sem prejuízo dos demais dispositivos relacionados à proteção dos direitos das pessoas com deficiência, inclusive mental – que demonstram a inconsistência/contradição da existência, vigência e aplicação das Comunidades Terapêuticas: art. 3º, “a”, “b” e “d” (princípios gerais); art. 14, “b”, *in fine* (liberdade e segurança da pessoa); art.15, item 1 e 2 (prevenção contra a tortura ou os tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes); art. 17 (proteção da integridade da pessoa); art. 25 (saúde) e art. 29 (participação na vida política e pública). Em outras palavras, a Comunidade Terapêutica é equipamento de “saúde” inconstitucional⁹⁵.

⁹⁵ MARTINS, Laércio Melo. **Corpos, Instituições e Necropolítica: reflexões contemporâneas sobre a internação involuntária das pessoas com deficiência mental e as Comunidades Terapêuticas.** Revista Teoria Jurídica Contemporânea, v. 5, n. 1, Rio de Janeiro, 2020, p. 192.

Como se nota, há fundamentação constitucional para questionar a previsão normativa da internação involuntária, bem como da existência da Comunidade Terapêutica, que a partir de 2019, assumiu *status* de norma federal:

Outrossim, a partir da definição de internação involuntária (art. 6º, II, da Lei 10.216/01), não restam dúvidas sobre o sentido que a Lei n. 13.840/2019 buscou estabelecer para esse tipo de intervenção: sem consentimento e a pedido de terceiros. Além disso, o tema da internação para fins de tratamento que era restrito à Lei da Reforma Psiquiátrica, agora encontra lugar no Sistema Nacional sobre Políticas de Drogas, ao ampliar, portanto, o rol de intervenção médica, para além dos médicos psiquiatras. Poderia ser argumentada, a partir disso, a defesa da hipótese de se internar uma pessoa com (sem) deficiência mental usuária de álcool ou outras drogas, sem consentimento e a pedido de terceiros, de modo involuntário, à luz da Lei n. 13.840/2019. Todavia, apesar de estar vigente, tal norma jurídica está eivada de inconstitucionalidade, em total incompatibilidade material com a Constituição Federal de 1988, bem como com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que tem *status* de norma constitucional no ordenamento jurídico brasileiro. Além da contradição presente no próprio texto da Lei n. 13.840/2019, que por ora afirma respeitar a autonomia, a liberdade e os direitos fundamentais da pessoa humana (art. 4º, I, da Lei n. 13.840/2019)⁹⁶.

Somado a isso, Marcelo Dayrell Vivas (2021) reconhece que **“as comunidades terapêuticas não são locais para realização de internação, em nenhuma modalidade, por expressa vedação legal”**⁹⁷. Ressalto que a elevação do *status* das Comunidades Terapêuticas à previsão normativa federal pode ser compreendida como desdobramento da indicação, desde 2011, na Rede de Atenção Psicossocial, como equipamento de “cuidado”:

⁹⁶ MARTINS, Laércio Melo. **Corpos, Instituições e Necropolítica: reflexões contemporâneas sobre a internação involuntária das pessoas com deficiência mental e as Comunidades Terapêuticas**. Revista Teoria Jurídica Contemporânea, v. 5, n. 1, 2020, p. 201.

⁹⁷ VIVAS, Marcelo Dayrell. **Direito à Saúde Mental no Brasil. Ficção ou realidade? Histórico, Normativas, Políticas Públicas e Judicialização**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021, p. 76-77.

Chamamos atenção, especialmente, para a Portaria 3088, de 2011, que oficializou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fundamentada na intersetorialidade e nos territórios, formalizando uma série de serviços e uma lógica de “rede” na atenção psicossocial. Apesar de sua enorme importância, essa portaria apresentou sérios retrocessos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira ao incluir as Comunidades Terapêuticas (CT) na RAPS e formalizar seu financiamento público. Esses espaços, geralmente vinculados à gestão religiosa, caminham na contramão dos avanços no campo da atenção psicossocial voltada para as demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas no Brasil, em especial a estratégia de Redução de Danos, por se centrar no asilamento como principal estratégia de assistência e, em muitos casos, na abstinência como condição para o tratamento, sem considerar as reais condições, demandas e particularidades de cada pessoa⁹⁸.

É lamentável notar que, além disso, uma das primeiras medidas do Governo Lula foi criar o Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas, por meio do Decreto n. 11.392 de janeiro de 2023.

Como se nota a partir da legislação infraconstitucional, é primordial reconhecer a indispensabilidade do “consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica” (art. 12 da Lei n. 13.146/15).

Sendo assim, “a pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis” (art. 13 da Lei n. 13.146/15).

Como se nota, as únicas hipóteses em que se admite o atendimento sem consentimento são em **risco de morte e emergência em saúde**, caso contrário, há que se ter o consentimento para a ocorrência do

⁹⁸ PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate**. In **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira** (Org) Melissa de Oliveira Pereira, Rachel Gouveia Passos. 1º Ed. Rio de Janeiro, Autografia, 2017, p. 40-41.

tratamento, o que permite afirmar tão somente a possibilidade da internação voluntária (IV) na Lei da Reforma Psiquiátrica.

Pode-se dizer que o aspecto da proteção integral à saúde deve assegurar também uma “informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde” (art. 18, VIII da Lei n. 13.146/15).

Um novo paradigma de atendimento no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira se impõe a partir da previsão do **direito à acompanhante** ou à **atendente pessoal**. Como demonstrado, o conceito jurídico de “pessoa com deficiência” compreende também o campo mental.

Portanto, caso o sujeito em sofrimento psíquico seja internado ou esteja em observação, deve ser assegurado que o órgão ou a instituição de saúde proporcione condições adequadas para a **permanência em tempo integral** do (a) acompanhante ou do (a) atendente pessoal (art. 22 da Lei n. 13.146/15).

Caso seja impossibilitada a permanência, o profissional de saúde responsável pelo tratamento deve justificar por escrito e adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal (art. 22, §§ 1º e 2º da Lei n. 13.146/15).

Com efeito, existe o entendimento da necessidade de superação dos manicômios judiciais e das instituições de natureza asilar para internações psiquiátricas, além de ficar demonstrada a controvérsia das internações em hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas, deveria, via de regra, ser garantido o acesso ao acompanhante para os sujeitos em sofrimento mental, por ocasião das internações, que porventura aconteçam.

O Comitê sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) deliberou, durante os dias 25 e 26

de agosto de 2015, e aprovou, em 1º de setembro de 2015, diversas recomendações para o Brasil, enquanto Estado Parte da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência⁹⁹, das quais destaco as seguintes: desenvolver estratégia para implementar o modelo de direitos humanos de deficiência, bem como uma revisão sistemática de toda legislação, políticas ou programas (item 7); trazer o Estatuto das Pessoas com Deficiência a plena conformidade com a Convenção (item 9); estabelecer medidas para enfrentar a discriminação contra as pessoas indígenas e afrodescendentes com deficiência (item 12 e 13).

Além disso, o Comitê também recomendou medidas de combate à violência contra mulheres, incluindo mulheres institucionalizadas e deficientes, concomitantemente com estratégias de empoderamento feminino (item 15 e 16); promover campanhas de reforço da imagem positiva das pessoas com deficiência (item 21). Quanto ao âmbito da autonomia da pessoa com deficiência, foi recomendado ao Brasil a retirada de todas as disposições normativas que perpetuem o sistema de tomada de decisão substitutiva por um modelo de tomada de decisão apoiada¹⁰⁰ que defenda a vontade e as preferências das pessoas com deficiência (item 25; 34; 35).

No campo penal, o Comitê recomendou a supressão das medidas de segurança que envolvam a detenção arbitrária de pessoas com deficiência com base na deficiência, e implemente medidas alternativas consoante os artigos 14 e 19 da Convenção (item 31). Já no campo da

⁹⁹ **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. Distr. General. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&CountryID=24. Acesso em: 26 fev. 2023.

¹⁰⁰ Para maior aprofundamento da aplicação da prática jurídica da Tomada de Decisão Apoiada (TDA) veja ROGAR, Érica. **O modelo social, intersetorialidade e medidas que promovem a autonomia do usuário dos serviços de saúde mental**. 2021. 134f. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

saúde, destacou a preocupação com a acessibilidade dos serviços de saúde por pessoas com deficiência, além da falta de profissionais de saúde que tenham formação adequada para prestar serviços de saúde de forma inclusiva e atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência (item 46 e 47).

Em resposta ao Comitê¹⁰¹, o Estado brasileiro afirmou que possui diferentes instrumentos de controle de constitucionalidade preventivos e repressivos, que poderiam ser utilizados, em sua plenitude, para que se mantenham a eficácia e a fidelidade ao texto da Convenção no território nacional (item 1; 2 e 3). Dentre outros pontos, destaca-se a obrigação imposta ao Estado de que a avaliação da deficiência passe a ser realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, em vez de avaliação exclusivamente médica (item 6).

Dos descaminhos das políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência que, em 2016, aprofundou-se com o advento do golpe parlamentar, ao destituir a presidente Dilma Roussef, até a ascensão da nova gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental, o processo de oposição ao desenho das remanescentes políticas orientadas à desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento mental foi marcado pelo crescimento exponencial.

Nesse quadro marcado pela ruptura democrática e retrocessos no plano da garantia dos direitos sociais, o campo da saúde mental foi duramente atingido com a proposta de austeridade fiscal que logo viria a ser instituída sob a égide da Emenda Constitucional n. 95, também denominada de Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da Morte.

¹⁰¹ **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Distr. General. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/158/51/PDF/G1515851.pdf?OpenElement>. Acesso em: 26 fev. 2023.

As estratégias de atenção psicossocial com ênfase no cuidado em liberdade ficam contrapostas à retomada do modelo que privilegia a estrutura hospitalocêntrica. A superação da violência asilar para o acesso ao cuidado em liberdade no território comunitário constitui a premissa fundamental das ações e serviços antimanicomial.

Como se nota, há um imperativo ético que se impõe socialmente: **a prática interdependente** na atenção subjetiva. Mais ainda, a sustentação da **política antimanicomial como política de Estado** perpassa necessariamente a dimensão jurídica, que se torna o reflexo das forças políticas em disputa no cenário dos entes federativos.

Em outras palavras, a fim de dar legitimidade constitucional para a Política Nacional de Saúde Mental é necessário que se faça o controle de constitucionalidade das normas infraconstitucionais, inclusive da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01), considerando o **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental)**, em especial, o **núcleo constitucional do direito à integridade mental**.

Enquanto isso for evitado, as ações de assistência em saúde mental do Estado brasileiro ficarão marcadas por contradições, retrocessos e à deriva de interesses econômicos e políticos de grupos que se beneficiam com o financiamento público de leitos em hospitais psiquiátricos. Com isso, quero dizer que, ao considerar as premissas constitucionais, se pode afirmar que o posicionamento do Estado brasileiro, em tese, é pela garantia da integridade psíquica da pessoa em sofrimento mental em liberdade.

Vejamos o que declara Paulo Delgado sobre os desdobramentos da Lei n. 10.216/01:

Se você me perguntar, no fundo, no fundo, 'Paulo, o que ficou desse ambiente, de toda essa luta parlamentar?', ficou o louco cidadão, eu te direi. Uma insolência em um país como o Brasil tão indiferente à verdadeira significância das pessoas. O louco sendo o cidadão que não era. O louco que era marginalizado, insignificante para a vida social. A Cooperativa Social, então, nos deu fôlego para avançar, deu certo aqui, deu ali, quando muitos Caps começaram a trabalhar com seu princípio integrador. Aprovada a Lei, tivemos que enfrentar a questão da alta assistida e, daí, em mais um descortino da equipe da gestão do Pedro Gabriel na Coordenação de Saúde Mental, nasceu o Projeto de Lei nº 1.152/2003, do ministro Humberto Costa. Esse projeto virou a Lei Ordinária nº 10.708/2003, em que foi proposto o Programa de Volta para Casa, como determina a Lei nº 10.216, para pacientes longamente internados e de grave dependência institucional. Foi uma das coisas mais bonitas do pós-lei. Pedi urgência, articulamos todas as relatorias de Comissão em plenário e aprovamos logo. Com a redução de leitos, a expansão dos Caps e de outros Serviços Residenciais Terapêuticos, a reforma ficou de pé, ou melhor, de tripé. O reencontro com familiares depois de longos anos, a alegria que foi a devolução da liberdade a milhares de pessoas, o casamento entre pacientes. É como se tivéssemos descoberto um planeta novo. O humanismo articulado com o domínio técnico da questão se sobrepõe à cegueira dos insensíveis¹⁰².

É incontestável que o exercício da cidadania do sujeito em sofrimento mental deve estar articulado com a reinserção social e o convívio no território. Das promessas não cumpridas do Estado brasileiro ao Comitê sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) às cicatrizes do caso Ximenes Lopes, resta-nos as fissuras da incompletude institucional do reflexo das políticas públicas.

Esse hiato entre as discussões sociais da Política Nacional de Saúde Mental e os desdobramentos no plano jurídico é demarcado pelo cenário de forças políticas. Isso fica evidente nas discussões preliminares da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01):

¹⁰² DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. **Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado**. Revista Saúde Debate, v. 44, n. especial, 2020, p. 26.

No início, quando imaginamos a reintegração do paciente psiquiátrico à vida, nós pensamos que poderíamos fazer isso do ponto de vista exclusivamente legal, de que era possível, mudando a lei, mudar o costume. A história da lei tem a força das ondas: é meio uma onda que vai e vem, constrói e desconstrói. Quando se tem que criar instituições e equipamentos novos, também temos que estar preparados para criar uma nova institucionalização. A sociedade estava em ebulição com o movimento da reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da oitava Conferência de Saúde, e os movimentos sociais emergentes que exigiram a constituinte. E foi neste ambiente que fui procurado em Juiz de Fora, como deputado constituinte eleito por Minas, pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. No Hotel Joalpa, em 1978, seus líderes me apresentaram a proposta de ser um deputado dedicado a defender o paciente psiquiátrico. Defender o doente mental brasileiro da estigmatização, do processo de isolamento, do tratamento indevido, da sedação excessiva e de tudo que compunha o universo da interdição compulsória, da tutela, da curatela, o universo predominante na psiquiatria brasileira. Assim foi feito e debatido o projeto. Um projeto de formulação simples do ponto de vista legal e que consistia em deter a expansão de leitos e redirecionar os recursos para o tratamento aberto. Era a primeira fase da ação legal, cuja ordem era parar de construir e abrir novos leitos em hospital fechado. Qualquer coisa que significasse voltar a ter leito como centro da atenção seria uma regressão¹⁰³.

Ora, entendo que a sucessão de eventos no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobretudo a partir de 2017, concomitante com a asfixia democrática e a ruína gradativa das instituições de Estado com o avanço da ideologia de extrema direita, ancorada na perspectiva neoliberal, criou o arcabouço da **antirreforma psiquiátrica** consolidado na gestão do governo Bolsonaro.

3.4 – DIAGNÓSTICO JURÍDICO DOS FRAGMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Não houve contrarreforma, pois a retomada autoritária foi mais séria, uma vez que tampouco considerou os últimos 30 anos de avanço

¹⁰³ *Ibidem*, p. 21.

da saúde pública mental, ao tentar apagar a contribuição histórica e democrática das ações de assistência em saúde mental sob a perspectiva antimanicomial:

Há uma persistência na subjetividade do tempo, uma vez que o presente é sempre ainda um passado, já inclusive antecipando o futuro, um já que está agora diante de nós. Portanto, o futuro é sempre uma experiência de possibilidades – horizonte aberto. Uma vez que tais horizontes libertários estão disponíveis aqui e agora, não há o que temer, ao considerarmos o caminho da *perseverança na existência*, seja na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), seja da existência de todos os usuários dos serviços de saúde mental (público e privado). Que seja *passagem* para um novo tempo, que também se faz *aqui*, fundado em uma democracia antimanicomial, pois é no *agora* que se constitui o fluxo de vivências para a constituição e estatura do memorial coletivo como fundamento para a compreensão e interpretação jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Se não há que se falar em progresso da história, de modo geral, sob a perspectiva fenomenológica, há que se falar em superação da *tensão* do tempo presente através do entrelaçamento das discussões sobre percepção memória, história e narrativa no campo jurídico-político. Por isso, entendo que para além das discussões da *contrarreforma psiquiátrica*, que ainda admite, em menor grau ou relevância, as conquistas no âmbito da saúde mental nos últimos 30 anos, deve-se buscar, antes de tudo, o enfrentamento à *antirreforma psiquiátrica* e sua tentativa de apagamento e desaparecimento do mundo vivido ao longo do rastro do tempo de conquistas democráticas concomitantes com o sanitarismo brasileiro, denunciando-a como falsa através de evidências científicas e fatos históricos¹⁰⁴.

A saída do labirinto manicomial para a experiência brasileira deveria, portanto, passar necessariamente pela consolidação das instituições democráticas, à luz de uma experiência antimanicomial, de modo a afastar essa onda da extrema direita autoritária:

Para os direitos se operacionalizarem deve haver a sua realização e suas mediações. Os direitos e a política social não podem permanecer presos a

¹⁰⁴ MARTINS, Laércio Melo. **O passado que não passa: do holocausto brasileiro à antirreforma psiquiátrica**. Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, v. 3, n.3, 2020, p. 14

letra irrealizada, no direito positivista ou apenas no *niilismo* de valores. Não basta apenas que a Lei estipule direitos às pessoas com transtorno mental. Devem ser instituídos mecanismos claros para a progressiva efetividade de tais direitos. O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental até então presente reflete para as novas formas de cuidado e atenção que devem ser conferidas a pessoa acometida de transtorno mental. Deve-se pensar em políticas públicas que promovam a emancipação humana desta pessoa com transtorno mental, advinda de um processo liberatório, com emancipação de identidades estigmatizadas¹⁰⁵.

Nesse sentido, lamentavelmente, o Brasil foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), **o país mais ansioso do mundo**, no relatório de 2018, que alertou para o advento de uma **epidemia de ansiedade** em nosso país¹⁰⁶.

Somado a isso, as profundas crises política, econômica, social e sanitária na experiência brasileira, desde o início do século XXI, ficaram ainda mais acentuadas em razão da pandemia do COVID-19, evidenciando ainda mais as mazelas da nossa vida comunitária ao demonstrar o quanto estamos doentes, enquanto organismo social, com alto custo psíquico, em virtude do isolamento social, sobretudo para os grupos mais vulneráveis socioeconomicamente.

Também, no início do presente século, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já havia alertado para o avanço de uma crescente **epidemia depressiva** no mundo até 2020, conforme consta do Relatório Mundial da Saúde – **Saúde Mental: nova concepção e nova esperança** de 2001, que apresenta dados preocupantes sobre a incapacitação para o trabalho e o aumento do suicídio.

¹⁰⁵ FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. **Identities e Direitos da Pessoa com Transtorno Mental**. Curitiba, Paraná: CRV, 2013, p. 151-152.

¹⁰⁶ Pan American Health Organization. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas**, 2018. Washington, D.C.: PAHO; 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org>. Acesso em 25 fev. 2023.

Estamos em um tempo marcado profundamente pela ansiedade, preocupação e angústia em um momento crítico e sensível de nossa história permeada por escândalos de corrupção na gestão pública e instituições de Estado com consequências diretas na saúde coletiva e impactos no âmbito da saúde mental brasileira. Em face disso, **há que se questionar qual o papel do desenho institucional jurídico brasileiro nas discussões sobre a ética do cuidado psíquico na atenção psicossocial.**

Isso implica dizer que, na experiência brasileira de saúde mental, em que pese as especificidades de cada período histórico, há uma constante: **aqui, o sentido da loucura sempre esteve associado à dimensão jurídico-política e cultural.**

Nesse contexto, retomo aqui a palestra de Pedro Gabriel Godinho Delgado, proferidas em 2011, na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ), sob o título **“Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001”**.

Na ocasião, ele falou sobre os antecedentes do Projeto de Lei n. 3.657/89, destacando a necessidade de uma “lei nacional que sustentasse a nova concepção da psiquiatria pública, ancorada nos direitos humanos, na liberdade, nos métodos modernos de tratamento, na base territorial da organização dos serviços”¹⁰⁷.

Além disso, ele lembrou da importância, aos profissionais do Direito, do “intenso debate nacional que se travou ao longo dos anos 1990, tendo esse projeto de lei em tramitação, acerca dos modelos teóricos em confronto, da concorrência entre soluções diversas para a organização da rede de serviços, das premissas éticas do cuidado aos

¹⁰⁷ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 2, Rio de Janeiro, 2011, p. 115

pacientes como sofrimento mental”¹⁰⁸ e **com baixa produção acadêmica escrita sobre este período**, em contraposição à importância histórica desse fenômeno, seja do ponto de vista da análise política, do nascimento de normas jurídicas e de etnografia de um novo campo social e profissional que estava se constituindo.

Todos esses aspectos, segundo Pedro Gabriel G. Delgado, são essenciais para entendermos a forma que o debate legislativo da Lei. n. 10.216 assumiu após a sanção em 6 abril de 2001. Sendo assim, ele ainda acrescenta que “os 10 anos posteriores a Lei da Reforma Psiquiatra não são integralmente compreensíveis sem as luzes desse processo histórico, sem a visão diacrônica das tensões, utopias, projetos, interesses, contradições e fantasias que constituem o campo da Reforma Psiquiátrica”¹⁰⁹.

O debate legislativo que resultou no texto final que se tornou lei é, em si mesmo, muito significativo e revelador das tendências e concepções em jogo. Não tenho conhecimento de algum estudo a respeito dos diversos substitutivos que foram propostos, com as devidas peças de justificação. É um arquivo fácil de recuperar, exceto quanto às inúmeras, às vezes diárias, versões provisórias que eram produzidas na azáfama (urgência) enlouquecida que é o processo legislativo agudo submetido às pressões diretas dos movimentos pró e contra a Reforma da política de saúde mental.¹¹⁰

De fato, o campo jurídico dentro dos debates da Reforma Psiquiátrica brasileira deve ser considerado como uma das dimensões que mais irradia a forma de instrumentalizar, inclusive as reverberações políticas, o acesso ao direito à saúde mental.

¹⁰⁸ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 2, Rio de Janeiro, 2011, p. 115.

¹⁰⁹ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 2, Rio de Janeiro, 2011, p. 116

¹¹⁰ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 2, Rio de Janeiro, 2011, p. 117.

Em 2021, a Lei n. 10.216/01 completou 20 anos de vigência, entre avanços e retrocessos que essa moldura jurídica assumiu, pois dependeu da orientação política das gestões dos entes federativos. Frise-se ainda persistem os reflexos manicomialistas em normas jurídicas que, *a priori*, deveriam ser aplicadas em políticas públicas de saúde mental voltadas para o cuidado em liberdade:

Na lei, entre os elementos que propiciam retrocessos de conquistas, está a questão dos leitos psiquiátricos. Ela tem sucesso em propor o novo modelo de assistência e saúde, com foco no modelo extra-hospitalar, mas ancora-se na eficiência de uma gestão que zele e concorde com oposição ao regime asilar. Não há determinação explícita que impeça uma gestão discordante, de perfil análogo aos opositores ou mais reacionário, de reconstruir medidas do modelo antigo, que tentavam superar, se considerarmos apenas a letra da lei. Exemplo é a reinclusão de leitos psiquiátricos entre investimentos e a declaração de que o Ministério da Saúde lamenta a diminuição da oferta, subvertendo o que se considerava conquistas pelos movimentos que a consubstanciaram. Outro, é a situação atual de retomada/permanência das Internações Compulsórias como ferramenta de segregação e sobrevivência do sistema arcaico no Brasil pós-reforma, perpetuando controle sobre grupos excluídos, sobretudo em torno de pessoas em uso de crack e outras drogas. Finalmente, aproximando os argumentos históricos e contemporâneos, observamos a permanência e a evolução de críticas semelhantes. A defesa do hospital psiquiátrico permanece, mas torna-se menos acentuada à medida que este, apesar de desprivilegiado, não está ameaçado. A preocupação com o controle sobre o 'louco incapaz' cede espaço à defesa da autoridade do médico sobre a internação compulsória. Reunidos, constroem um quadro em que a reação se justifica em defesa da rede hospitalar, da autoridade da classe médica – com teor corporativista – e no descrédito da viabilidade do cuidado em liberdade. A construção da saúde mental após a reforma, principalmente se considerados os dispositivos posteriores componentes da Raps, provaram sua eficácia muito além desse descrédito. Por outro lado, não impedem que os discursos avessos se façam orientadores de ações institucionais caso haja gestão pouco alinhada. A reforma, então, pela natureza da conjuntura política que a concretizou e pelo texto que a oficializa, necessita de atenção

constante e trabalho profissional, técnico e terapêutico que permita continuidade¹¹¹.

Assim, o apagamento da experiência do Outro, em virtude das ações políticas, demonstra a presença de ideias manicomiais nos micro espaços de poder e nas relações intersubjetivas. Demonstra-se mais uma vez, essa natureza ambivalente que a aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica assume ao longo dos últimos 20 anos:

Mesmo com a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, baseada na Lei da Reforma Psiquiátrica e em outros instrumentos jurídico-normativos que a ela se seguiram, os diversos grupos e segmentos do MA continuam promovendo mobilizações em torno das questões que se apresentam como desafios na implementação da Política: os hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento no país; as denúncias de violências e maus tratos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas; o processo de desinstitucionalização e garantia do direito à moradia para pessoas egressas de longas internações; a geração de emprego e renda; a persistência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; o financiamento público das comunidades terapêuticas com a sua inclusão na RAPS; a precarização dos serviços substitutivos que compõem a RAPS; a crescente privatização da gestão de tais serviços através das Organizações Sociais; além das práticas manicomiais reproduzidas socialmente ¹¹².

Entretanto, a Lei n. 10.216/01 jamais deveria ser interpretada de forma isolada e, por isso, entendo que, antes de tudo, deve-se verificar, ao aplicá-la ao caso concreto, o **bloco de constitucionalidade sobre os direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental)**.

Dessa maneira, é possível, a partir do **controle de constitucionalidade**, retirar os resquícios manicomiais da Lei da Reforma Psiquiátrica, e interpretá-la a partir do **núcleo constitucional**

¹¹¹ PRADO, Yuri; SEVERO, Fernanda; GUERRERO, André. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma**. Revista Saúde Debate, v. 44, n. especial, 2020, p. 261

¹¹² CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 2018. 383 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 86.

do direito à integridade mental, com as respectivas irradiações dentro dos outros ramos jurídicos, sobretudo civil e penal.

Com efeito, é dentro da dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira que reside o centro do poder institucional do sentido normativo da noção do direito à saúde mental.

Em defesa dos hospitais psiquiátricos, em 2020, foram publicadas as **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**¹¹³, decorrentes da articulação da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e outras entidades profissionais junto ao Ministério da Saúde da gestão do governo de Jair Bolsonaro:

A despeito da realidade das legislações antimanicomiais e da existência de um desenho jurídico-institucional suficientemente consolidado, o cotidiano de diferentes instituições de saúde ainda revela constantes violações de direitos humanos das pessoas com transtorno mental, como comprovam as inspeções nacionais realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, dissociando teoria e prática ou correndo os limites entre realidade e ficção em grande parte dos serviços de saúde no Brasil¹¹⁴.

É verdade que a Reforma Psiquiátrica está além da estrutura jurídica, entretanto o resultado da moldura institucional e das políticas públicas decorre necessariamente do campo normativo. Logo, tão importante quanto pensar em estratégias no Poder Legislativo, é olhar para os desdobramentos dessa tensão de forças políticas no Poderes Judiciário e Executivo.

A superação das práticas manicomiais como gestão de governo perpassa a consideração das outras dimensões da Reforma Psiquiátrica.

¹¹³ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**, 2020, p. 29.

¹¹⁴ VIVAS, Marcelo Dayrell. **Direito à Saúde Mental no Brasil. Ficção ou realidade? Histórico, Normativas, Políticas Públicas e Judicialização**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021, p. 240.

Entre as nuances democráticas da Lei da Reforma Psiquiátrica, encontram-se a defesa da cidadania e o compromisso ético e político do Estado brasileiro em promover a reinserção social do sujeito em sofrimento mental, todavia, a força política da Federação Brasileira de Hospitais, à época dos debates legislativos, ficou evidente nas discussões sobre a manutenção dos regimes de internação. O controle jurídico da internação compulsória, por exemplo, desagradou o poder psiquiátrico, pois restringia o poder absoluto sobre o tempo de internação.

Ora, com o advento da pandemia de COVID-19 e o estado de decretação de emergência da saúde pública os sintomas do adoecimento mental da sociedade brasileira ficaram ainda mais evidentes:

Adoecer nesta sociedade é, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser; é vergonhoso; logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros, familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente à sua situação anterior. Se um acidente de percurso acontece, administra o evento desmoralizador, deixando que o mito da continuidade da produção transcorra silenciosa e discretamente¹¹⁵.

Não bastasse a existência do vírus que, lamentavelmente, causou o falecimento de milhares de cidadãos, o então presidente Jair Bolsonaro, inúmeras vezes demonstrou desprezo para a gravidade da pandemia, além de negar as evidências científicas para tratamento e cuidado, o que contribuiu para o aumento da taxa de mortalidade em razão do vírus, de acordo com o mapeamento e análise das normas jurídicas em resposta à COVID-19 no Brasil¹¹⁶.

¹¹⁵ PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2016, p. 38.

¹¹⁶ FERREIRA, André Bastos; ROSA, Alexia Viana da; FARIAS, Alexsander Silva; VALENTIM, Giovanna Dutra Silva; HERZOG, Lucas Bertola. **Direitos na Pandemia. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil**. Boletim n.10, CONECTAS DIREITOS HUMANOS, 2021, p. 54-56.

Além disso, o crescimento do autoritarismo político e dos discursos antidemocráticos por agentes públicos agravaram ainda mais a crise institucional, durante a fase aguda da pandemia de COVID-19, inclusive com repercussões econômicas nos entes federativos. O cenário improvável e fragmentado da pandemia evidenciou ainda mais a questão da desigualdade econômica brasileira e as mazelas sociais como elementos disfuncionais da nossa experiência de pacto social.

A fim de superar esse cenário de Medo, era preciso pensar em estratégias de intervenção singulares assentadas em políticas públicas de saúde mental que possibilitassem circuitos de afetos potentes, que gerassem sentimento de **pertencimento** da vida comunitária e pública entre os cidadãos.

O imaginário coletivo aberto para um outro mundo possível, ao olhar para o direito à saúde mental como uma recuperação da vida psíquica, no sentido da existência humana interdependente, bem como na averiguação do impacto de tecnologias digitais na gestão da subjetividade.

Neste momento, uma pergunta se faz necessária: qual a relação desse olhar jurídico-fenomenológico com a pandemia do COVID-19? Quais são os horizontes de possibilidades de saída no cuidado da saúde mental e das políticas públicas?

Estamos em um momento histórico, no qual, somada à dimensão jurídico-política e à sociocultural, deve-se acrescentar o mundo digital. Digo isso, pois em que pese a rapidez da transmissão das informações e dos encurtamentos das distâncias geográficas, em virtude do *cyberespaço*, deve haver algo que ainda permaneça com exclusividade e seja essencial ao contato presencial corpo a corpo, com traços de vitalidade e oxigênio para a conexão mental.

Há aqueles que não negam a pandemia, mas afirmam um novo normal. Observo com muita cautela o uso dessa formulação conceitual para interpretar os dados do cenário da pandemia do COVID-19. Eis a razão: Não há novo, pois já estávamos em uma profunda crise socioeconômica, reformulada com a política de austeridade fiscal intensificada durante o governo Bolsonaro, em relação à ausência de provisão dos direitos sociais assegurados na Carta Política de 1988.

Logo, isso também não pode e nem deve ser considerado normal. Não é normal naturalizar a crise da experiência democrática brasileira. Assim, entendo que com o advento da pandemia do COVID-19 ocorre mais uma vez a revelação, que ainda grande parte da sociedade brasileira insiste em negar: a profunda desigualdade socioeconômica do Brasil concomitante ao aumento do adoecimento mental e elevação da taxa de mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas¹¹⁷.

Ainda sobre os modos de percepção, podemos pensar nos olhares sobre o telecuidado e os impactos da experiência do distanciamento social ao demonstrar que **as palavras também curam**. Portanto, da importância da presença corpo a corpo do cuidado ao que vem sendo pensado, a partir do arremesso da pandemia COVID-19: “corpo a corpo digital”, “cuidado digital”, “cuidado por meio digital, podendo ser em meio físico” ou “cuidado exclusivamente por meio físico”. Aqui faço outro questionamento: Qual parte subsiste a não-presença da relação física do olhar do cuidado? O que fica da presença do corpo psico-orgânico? Ao que parece estaremos sempre *entre*. *Entre* do verbo entrar e/ou da preposição intermediária.

¹¹⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, n. 33, V. 52, Set 2021, p. 7.

Até o presente momento, não foi eliminada a transmissibilidade entre humanos do vírus da COVID-19, entretanto os sintomas foram atenuados, em virtude da eficácia da estratégia de vacinação. Em que pese o avanço desenfreado da digitalização das relações orgânicas de cuidado em saúde mental, há que se ter cautela, sobretudo na avaliação jurídica dos casos concretos dos sujeitos em sofrimento psíquico, de modo que o acesso à justiça seja provido.

É oportuno destacar que no âmbito de aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01), o sentido e alcance da possibilidade de interpretação jurídica, lamentavelmente, ainda conservam o imaginário social da loucura como lugar da exclusão. Vejamos:

Enquanto a Lei Federal n. 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, ela acabou por não instituir mecanismos claros para a progressiva extinção de manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil¹¹⁸.

Além disso, em razão da ausência de uma sistematização das normas jurídicas do direito à saúde mental, o Poder Judiciário encontra dificuldades hermenêuticas, que muitas vezes, apresenta posições contraditórias em relação ao cuidado em liberdade da pessoa em sofrimento mental:

O histórico da atenção à saúde mental no país impactou diretamente nas normas e no desenho da política, passando-se a verificar se o Poder Judiciário se apropriou do direito, das normas e da política pública ao analisar os conflitos que são apresentados para decisão. Além disso, os próprios conflitos levados ao juiz podem apontar para a ausência ou

¹¹⁸ FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. **Identidades e Direitos da Pessoa com Transtorno Mental**. Curitiba, Paraná: CRV, 2013, p. 145.

insuficiência da política pública, ou para uma ineficácia ou não implementação da norma existente na temática¹¹⁹.

Ao longo da trajetória do campo da saúde mental, pode-se afirmar que, primeiramente, não foi a Psiquiatria que validou o estatuto jurídico da loucura, pelo contrário, foi o Direito, que ao conceder eficácia, validou às categorias psiquiátricas e sua utilização no campo político-social, a partir da moldura jurídica abstrata.

Ao realizar uma pesquisa sobre o tema da saúde mental, no Supremo Tribunal Federal (STF), Marcelo Dayrell Vivas (2021) encontrou o seguinte resultado:

Identificou-se que 20 acórdãos são posteriores à Lei n. 10.216/2001: um é anterior à lei e posterior à Constituição Federal de 1988, enquanto os 20 restantes são do período de 1948 a 1988. No **período anterior à Constituição de 1988**, seis acórdãos tratam de temática cível e 14 tratam de temática criminal. Na seara penal, três acórdãos tratam do cumprimento de medida de segurança, ao passo que 11 cuidam da imputabilidade penal e de sua comprovação. Dentre os acórdãos classificados com temática não penal, dois tratam de indenização (um por suicídio e outro por ato ilícito) e discutem se a capacidade civil dos envolvidos afeta a responsabilidade civil, enquanto três acórdãos abordam a questão da capacidade civil relativa aos direitos previdenciários de funcionários públicos (aposentadoria e invalidez). Um acórdão decidido em 1955 chama atenção quanto ao cabimento desse remédio constitucional contra atos de particulares e quanto ao poder concedido aos médicos psiquiatras na manutenção da internação...Por sua vez, **o acórdão proferido no período entre a Constituição Federal e a Lei n. 10. 216/2001** refere-se a tema penal e trata especificamente da dosimetria da pena em caso de redução de imputabilidade penal. Já **após referida Lei, computando também o ano de 2001**, foram julgados nove casos não criminais e 11 processos criminais. Em se tratando dos processos cíveis, três casos foram julgados com base exclusiva na inexistência de pressupostos processuais e três acórdãos referem-se a ações de controle concentrado de constitucionalidade. Esses últimos mencionam o termo saúde mental e tratam de união homoafetiva e

¹¹⁹ VIVAS, Marcelo Dayrell. **Direito à Saúde Mental no Brasil. Ficção ou realidade? Histórico, Normativas, Políticas Públicas e Judicialização**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021, p. 36.

pesquisa com células-tronco. Dois outros casos envolveram servidores públicos: um deles aborda a questão da tatuagem ser um fator de inabilitação de candidatos em concursos públicos e menciona que tatuagem não representa indicativo de qualquer transtorno mental, ao passo que a outra situação envolvia processo disciplinar e direito previdenciária de funcionário público. Um caso decidido em 2017, com trânsito em julgado em maio de 2018, tratou especificamente da execução da política de saúde mental pelo estado do Pará, em ação civil pública ajuizada pela União. Trata-se, no âmbito do STF, do único caso em que houve citação da Lei n. 10.216/2001 e da política nacional de saúde mental. Dentre os casos criminais, cinco acórdãos trataram de assuntos em que, de maneira direta ou não, foi abordada a questão da capacidade do agente, envolvendo os assuntos da inimputabilidade penal, de pressupostos processuais e de dosimetria da pena¹²⁰.

Por outro lado, já no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (STJ), utilizando as expressões “saúde mental” e “atenção psicossocial”, o resultado foi diverso, sobretudo na quantidade de acórdãos:

Foram encontrados 72 acórdãos com a expressão “saúde mental” e apenas um acórdão com a expressão “atenção psicossocial”. **Somente quatro acórdãos são anteriores à Lei n. 10.216/2001** – dois se referem à temática cível; e dois, à seara penal. Os casos civis são ambos de 1998, tratam da mesma matéria atinente a pressupostos processuais para o processamento do recurso e relacionam-se a questões funcionais de servidores da área de saúde mental do Ministério da Saúde. Um caso criminal data de 2000 e se refere a inimputabilidade penal; o outro, assim como a Lei n. 10.216/01, também data de abril de 2001, tendo aquele sido julgado dois dias antes da publicação desta, e se refere à medida de segurança no âmbito da execução penal. Dentre os **acórdãos julgados posteriores a 2001**, 49 casos se referem à área criminal, incluindo o único caso pesquisado por meio da expressão “atenção psicossocial”. As matérias tratadas abarcam: 27 acórdãos acerca da inimputabilidade penal do agente; 13 sobre medida de segurança na execução penal; cinco sobre a dosimetria da pena, em que se consideraram as condições de saúde mental do autor ou da vítima do crime na fixação da pena; quatro sobre prisão preventiva, em que se abordaram as condições de saúde mental do autor da vítima; e um sobre nulidade processual, em que

¹²⁰ VIVAS, Marcelo Dayrell. **Direito à Saúde Mental no Brasil. Ficção ou realidade? Histórico, Normativas, Políticas Públicas e Judicialização**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021, p. 176-180.

se tentou arguir a ocorrência de episódio de transtorno mental, o qual não fora documentado no pedido¹²¹.

Na distribuição dos acórdãos localizados junto ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), divididos pelas matérias “cível” e “criminal”, foi apresentado o seguinte quadro:

Somente dois acórdãos mencionam a Constituição Federal, ambos na seara civil, e quatro julgados abordam a Lei n. 10.216/01 (dois cíveis e dois criminais). Três casos citam a Lei de Drogas, e nenhum acórdão faz alusão a qualquer portaria ou regulamentação do Ministério da Saúde, à Convenção Internacional sobre Direitos das Pessoas com Deficiência ou à Lei Brasileira de Inclusão¹²².

Como se nota, a discussão sobre o tema da saúde mental nas Cortes Superiores, bem como a utilização das normas jurídicas pelo Poder Judiciário é incomum:

A ausência de menções às políticas públicas reguladas nos acórdãos analisadas parece apontar que o Poder Judiciário desconhece ou ignora a regulamentação dada pelo Poder Executivo e o desenho institucional adotado para efetivação do direito à saúde mental¹²³.

De fato, o cenário da dimensão jurídica da Reforma Psiquiátrica brasileira limitou-se a discutir, ao longo dos primeiros anos, o regime de internações psiquiátricas, curatela e medida de segurança, muito embora o eixo da cidadania da pessoa em sofrimento mental fosse apresentado, com ênfase em discussões político-sociais. Como consequência, tem-se a baixa judicialização do direito à saúde mental, mesmo com a ausência de políticas públicas em saúde mental em alguns entes da federação.

¹²¹ *Ibidem*, p. 183-184.

¹²² VIVAS, Marcelo Dayrell. **Direito à Saúde Mental no Brasil. Ficção ou realidade? Histórico, Normativas, Políticas Públicas e Judicialização**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021, p. 191-192.

¹²³ *Ibidem*, p. 236.

Contemporaneamente, diante dessa pouca produção acadêmico-jurídica sobre o campo da saúde mental, é tarefa primordial tecer linhas que busquem auxiliar a composição do conceito de direito à saúde mental:

Delimitar o que é saúde mental e o que seria um direito à saúde mental ainda é tarefa difícil, mas deve-se ter em mente que, se saúde não é apenas a ausência de doenças, saúde mental tampouco pode ser ausência de transtornos mentais, sendo delimitada por fatores sociais, econômicos e ambientais, assim como características e comportamentos individuais e coletivos. Agregando os diversos conceitos e tentativas de conceituação, **saúde mental** engloba um estado de bem-estar mental em que os sujeitos e as coletividades exercem suas habilidades de vida, lidando com situações cotidianas estressantes, em conjunto com sua comunidade e respeito às diferenças. **Direito à saúde mental**, por sua vez, importa reconhecer a cidadania e a subjetividade de vidas, exercitando-se o direito ao (auto)cuidado e à autodeterminação¹²⁴.

Dessa forma, ao atravessar o reconhecimento da cidadania do sujeito em sofrimento mental, bem como o respeito à autonomia que abrange o direito ao autocuidado e à autodeterminação, devemos estar abertos para novos horizontes de possibilidades que a loucura proporciona para o campo jurídico, como adverte Ludmila Cerqueira Correa (2018):

Desse modo, é possível pensar num direito para loucas e loucos que “é enquanto vai sendo”, de acordo com a sua autonomia, no âmbito de uma clínica peripatética, com um trabalho afetivo, que contribua para a construção de novas sociabilidades. Significa dizer que não se trata de criar mais códigos e normas para dar cabimento à loucura, mesmo numa gramática de direitos humanos e na sua perspectiva crítica, mas de inscrever o transbordamento e a “desorganização” no âmbito do direito visando a garantia dos direitos das loucas e loucos, assimilando as suas singularidades. Nesse caso, o que emerge é um conteúdo baseado no que a

¹²⁴ *Ibidem*, p. 218.

loucura ensina ao direito e às práticas jurídicas, daí falarmos numa **pedagogia da loucura**¹²⁵.

Nesse sentido, entendo que o **direito à saúde mental é o direito à diversidade existencial em atenção intersubjetiva à singularidade do sujeito. É garantir o espaço de convívio comunitário e democrático, de modo que seja possível a diversidade na Unidade da experiência vivente através de uma ética de cuidado com ênfase em circuitos afetivos saudáveis.**

O **cuidado jurídico de base territorial comunitária** no campo da saúde mental foi adotado como **preferencial** no centro das ações e garantias dos direitos dos sujeitos adoecidos mentalmente. Sendo assim, não houve uma alteração na estrutura jurídica de rompimento manicomial pelo contrário, a Lei n. 10.216/01 não deve ser considerada antimanicomial, já que ainda há resquícios que garantem a estrutura do modelo hospitalar, que pode ter mais ou menos ênfase, a depender das forças políticas governamentais, sobretudo quando não há serviços substitutivos de atenção psicossocial.

Isso implica dizer que a produção cultural sobre o sentido do sofrimento mental tem profunda relevância para o rompimento do estigma social da “loucura” no imaginário comunitário. De fato, a ausência de implementação de práticas substitutivas de cuidado em liberdade, através de políticas públicas pelos entes da federação, permite a manutenção da prática antimanicomial na instância dos Poderes.

O que, de fato, vimos ao longo dos últimos anos no campo da saúde mental foi uma **política pública omissiva** que consistiu em deixar de

¹²⁵ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 2018. 383 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 313.

fazer obrigação jurídica constitucional imposta aos entes federativos. É preciso ter muita prudência para notar discursos políticos dissimulados de “avanços” retóricos no campo da saúde mental e destacar que os direitos políticos dos sujeitos com deficiência psicossocial transcendem as ações no campo da Seguridade Social e implica a participação no horizonte da política do regime democrático.

Em outras palavras, quero dizer que a potência pública da noção da ética jurídica como prática de atenção intersubjetiva e cuidado na realidade psicossocial contribui para o fortalecimento da democracia e do papel do Estado constitucional brasileiro, por meio dos processos socioculturais, e, por consequência, da valorização das contribuições dos movimentos sociais em defesa dos sujeitos com deficiência psicossocial.

Nesse contexto, entendo ainda ser oportuno aprofundar as reflexões sobre os aspectos jurídicos da Reforma Psiquiátrica brasileira, sob a perspectiva da interseccionalidade, sobretudo pós-2016, ao considerar o fazer histórico que perpassa também a dimensão política.

Assim, faz-se relevante discutir novos caminhos de construção da legislação em saúde mental brasileira e, por consequência, apresentar fundamentos de políticas públicas que permitam a superação da necrocidadania e da asfixia política originária do autoritarismo antidemocrático.

3.4.1 - SAÚDE MENTAL E INTERSECCIONALIDADE: NOTAS HISTÓRICO-JURÍDICAS

Ora, em dezembro de 2017, a Luta Antimanicomial, enquanto movimento social em defesa de uma sociedade com cuidados psíquicos em liberdade, dentre outros aspectos socioeconômicos e terapêuticos, destacou a importância da defesa da liberdade de gênero e da construção de uma sociedade antirracista:

Não podemos deixar de frisar o avanço do conservadorismo e da criminalização dos movimentos sociais, defendemos a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas, a igualdade racial. Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioridade penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas ¹²⁶.

Nesse sentido, sob a perspectiva da **interseccionalidade** (classe, raça e gênero) busca-se repensar a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir de questionamentos dos fundamentos epistemológicos e atividades do fazer histórico marcado pelo letramento racial dentro das instituições e através de práticas antirracistas. O rompimento com o racismo institucional no campo da saúde mental é urgente:

Contudo, ao visitarmos o campo da saúde mental, observaremos que os saberes psi negligenciaram, historicamente, o combate ao racismo, o tratar da saúde mental da população negra, em particular, sobre as modalidades de violência que produzem sofrimento psíquico. O silenciamento, a invisibilidade e a omissão sobre essa temática nas produções acadêmicas e no trabalho profissional nas instituições de saúde, tornaram-se, portanto, por muito tempo, um tabu ou tema mais que secundário. Apesar dos raros e poucos avanços no campo epistêmico negro brasileiro, especialmente, em problematizar sobre racismo e saúde mental, destaca-se aqui algumas contribuições, como do pioneirismo da socióloga e psicanalista Virgínia Leone Bicudo (1947), mas também da psiquiatra e psicanalista Neuza Santos Souza (1983), como da filósofa Aparecida Suely Carneiro (2005) e mais tantas outras mulheres negras atualmente¹²⁷.

¹²⁶ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Carta de Bauru 30 anos**. 2017. São Paulo. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 24 Fev 2023, p. 2-3.

¹²⁷ DUARTE, Marco José de Oliveira. **Racismo, Subjetivação e Saúde Mental: Contribuições para a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial**. In **Racismo, Subjetividade e Saúde Mental: o pioneirismo**

A retomada jurídico-política na aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira e nos diplomas normativos correlatos deve, portanto, ter como diretriz o olhar antirracista na efetivação de políticas públicas. É reconhecer a vez e a voz da subjetivação dos sujeitos em sofrimento psíquico ao lidar com suas próprias narrativas existenciais e caminhos afetivos.

De fato, depois da ruptura democrática ocorrida em 2016, em virtude de um golpe parlamentar, e com o avanço do autoritarismo político brasileiro, as lutas sociais se intensificaram com o objetivo de preservação dos direitos humanos fundamentais e da manutenção do Estado Constitucional de Direito.

O desejo pelo fim da opressão das subjetividades e a busca pela preservação da saúde mental das pessoas encontram a vontade da construção de uma sociedade livre e libertária com novas nuances de repercussão jurídica no campo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Antes de tudo, no plano jurídico, é importante dizer que depois de 2017, em relação à legislação em saúde mental brasileira não houve avanço na construção de um espaço de igualdade e liberdade de gênero e de raça, tampouco de classe – nesse último ponto, deve ser destacado o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas aceleradas pelo processo de digitalização da vida, em razão do advento da pandemia do COVID-19.

Assim, entre o hiato e o descompasso das lutas interseccionais e o plano do desenho institucional da legislação em saúde mental brasileira, é possível refletir sobre o fazer histórico e as mútuas implicações de

retroalimentação de valor social e democrático, no sentido de buscar estratégias de implementação interseccional, de modo fenomenológico:

Uma fenomenologia é a vontade dupla de coligir todas as experiências concretas do homem, e não somente suas experiências concretas do homem, e não somente suas experiências de conhecimento, como ainda suas experiências de vida, de civilização, tais como se apresentam na história, e de encontrar, ao mesmo tempo, neste decorrer dos fatos, uma ordem espontânea, um sentido, uma verdade intrínseca, uma orientação tal que o desenvolver-se dos acontecimentos não apareça como simples sucessão¹²⁸.

Como adverte F. Biroli e L. F. Miguel (2015), a dissociação das variáveis de gênero, classe e raça “pode levar a análises parciais, mas principalmente a distorções na compreensão da dinâmica de dominação e dos padrões de desigualdades”¹²⁹. Sob esse aspecto, também é importante averiguar os rastros jurídicos da Política Nacional de Saúde Mental, a fim de aperfeiçoar, de modo democrático, o cuidado em liberdade dos sujeitos com sofrimento psíquico.

Dentro desse contexto, a Carta Magna de 1988, de modo formal, assegura a igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (art.5º, *caput*, CRFB/88) – **direito anti-discriminatório**.

Como extensão disso, é compreender, na prática jurídico-social, o sentido e o alcance da perspectiva antirracista na produção normativa. Logo, a busca por emancipação do sujeito em adoecimento mental pressupõe necessariamente o reconhecimento expresso do Estado

¹²⁸ MERLEAU-PONTY, Maurice. **Ciências do Homem e Fenomenologia**. Tradução: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Saraiva, 1973, p. 26.

¹²⁹ BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. **Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades**. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 2015, v. 20. n. 2, p. 29.

brasileiro do desenho jurídico de proteção dos respectivos direitos e garantias fundamentais.

Assim, como desdobramento do mandamento constitucional, a Lei da Reforma Psiquiátrica traz a previsão dos direitos e da proteção das “pessoas acometidas de transtorno mental”, **sem qualquer forma de discriminação** quanto à **raça, à cor, ao sexo, à orientação sexual**, à religião, à opção política, à nacionalidade, à idade, à família, aos **recursos econômicos** e ao grau de gravidade ou ao tempo de evolução de seu transtorno, ou a qualquer outra (art.1º).

Dessa breve hermenêutica constitucional, pode-se notar a **referência explícita** à eliminação da discriminização sob a perspectiva da interseccionalidade (classe, raça e gênero) no cuidado a ser destinado aos sujeitos com sofrimento mental, na assistência em saúde, inclusive mental no Brasil:

O exercício do cuidado de grupos sociais que experimentam, no seu cotidiano, e há tanto tempo, situações tão exigentes e fragilizadoras do ponto de vista emocional e social, pressupõe um conhecimento mais profundo das experiências próximas dos habitantes desses lugares¹³⁰.

Não obstante, tal evidência jurídica de proteção e garantia, o debate interseccional, que atravessa e condiciona a luta pela concretização dos direitos e garantias das pessoas com sofrimento psíquico, foi intensificado no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobretudo pós-2016, em razão da ausência de políticas públicas em saúde mental, e é preciso estar alerta:

¹³⁰ NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. **Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica: O pêndulo da história e a dimensão sociocultural**. In: **Saúde Loucura. Tessituras da Clínica: Itinerários da Reforma Psiquiátrica**. Rosana T. Onocko-Campos e Bruno Ferrari Emerich (Org). 1ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2019, p. 155.

O Direito como possibilidade de alcançar a justiça como meta última e *ratio essendi* da sua presença exige inovar a garantia do percurso para evitar a desarticulação das conexões axiológico-normativas do sistema no qual exercitamos as possibilidades. São possibilidades garantidas. A própria existência humana é mera possibilidade garantida. Daí a invenção de todos os instrumentos de segurança, a começar pelo do Estado, já que a vulnerabilidade pertence à estrutura ontológica da natureza.¹³¹

De acordo com Rafael Huertas (2001), o interesse em desenvolver uma história social da psiquiatria¹³² provém de tradições historiográficas distintas, ainda que elas possam encontrar nexos de união, a exemplo da historiografia tradicional e historiografia crítica ou revisionista¹³³. Ora, o que, de fato, interessa dessa discussão sobre a análise historiográfica é buscar instrumentos para a compreensão da prática jurídica da assistência em saúde mental concomitante com os determinantes sociais e seus desdobramentos na assistência psiquiátrica:

En definitiva, cabe decir que la psiquiatría es, no cabe duda, una especialidad médica, pero es algo más. La historia de la psiquiatría no puede ser entendida en términos exclusivamente médicos, pero tampoco en términos exclusivamente intelectuales; esto es, en la encrucijada entre locura y razón, en el diálogo con la irracionalidad. La alteración mental existe —no podemos negarlo— y la psiquiatría es una de las respuestas articuladas para hacer frente a la misma, pero sus criterios —diagnósticos o terapéuticos— cambian según la cultura, la sociedad o el momento histórico que consideremos. Es más, dentro de un mismo contexto sociocultural, dichos criterios dependen también, en gran medida, de variables —como la clase social o el género—, o de la «cultura profesional» del psiquiatra¹³⁴.

¹³¹ GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 229.

¹³² HUERTAS, Rafael. **Historia de la psiquiatría, ¿ por qué?, ¿ para qué?**. *Frenia*. Revista de Historia de la Psiquiatría, 2001, 1.1: p. 25-26.

¹³³ *Ibidem*, p. 19.

¹³⁴ *Ibidem*, p. 27.

Com efeito, a fim de evitar o anacronismo histórico na análise da assistência psiquiátrica, ao considerar o contexto social¹³⁵ e a perspectiva interseccional na interpretação jurídica da Política Nacional de Saúde Mental, deve-se observar o alerta dos riscos e excesso de patologização da experiência humana e da desigualdade socioeconômica, em nome da “loucura”¹³⁶.

Mais uma vez a atividade do profissional da saúde mental, em sentido amplo, é fundamental não somente na previsão do cuidado terapêutico, mas sobretudo **no cuidado jurídico**, ao considerar a interseccionalidade como elemento fundamental da prática da assistência psiquiátrica antimanicomial.

Nesse ínterim de tempo, desde a promulgação da Constituição de 1988 até as últimas modificações de 2017, ao considerar a trajetória histórica da legislação em saúde mental, muito embora já estivesse previsto na Carta Política e na Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, o mandamento de observância da interseccionalidade, de certa forma, já estava previsto, de modo formal, em respeito às pessoas com sofrimento mental. Todavia, sob o aspecto da igualdade material, há muito questionamento a ser feito, sob o ponto de vista da realidade prática e da efetividade das normas jurídicas.

Nesse sentido, não houve nenhuma política afirmativa, no âmbito da regulação jurídica do sofrimento mental, a partir da interseccionalidade (classe, raça e gênero), como desdobramento do mandamento constitucional e da lei federal supracitada, através de portarias do Ministério da Saúde. Pelo contrário, o que se observou foi

¹³⁵ MARÍN, R.; GARCÍA-ALEJO, R. H. *Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría*. Arbor: ciencia, pensamiento y cultura. v. CLXXXIV, n. 731, 2008, p. 478.

¹³⁶ CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. SciELO- Editora FIOCRUZ, 2012.

o avanço, em 2020, de ações de austeridade e políticas manicomiais, a despeito da Constituição Federal de 1988.

Cumpre destacar aqui a advertência de Valeska Zanello (2018) sobre a necessidade de desenvolvimento de estudos acadêmicos sobre “os processos de subjetivação, acerca da tomada de consciência da identidade de gênero e a racial, e seus possíveis impactos afetivos e existenciais nos sujeitos”¹³⁷.

Fica evidente que o sentido histórico atribuído à interpretação da norma jurídica assumiu nuances autoritárias e contrárias inclusive às análises interseccionais no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, nos últimos 5 anos. Ao considerar o ano de 2020, por exemplo, de modo simbólico, destaco a Portaria n. 1.325, de 18 de maio, editada no Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que extinguiu o “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (art.1º).

Com efeito, nota-se uma contradição intrínseca das ações e serviços ditos de saúde mental pelo Governo Federal, além da indiferença em relação ao arcabouço constitucional de proteção às minorias sociais e sexuais. Depois de muita pressão social oriunda dos trabalhadores em saúde mental e do âmbito legislativo federal, o general Eduardo Pazuello, Ministro da Saúde, por meio da Portaria n. 1.754, de 14 de julho, revogou a portaria do dia 18 de maio de 2020.

A excepcionalidade das ações políticas em descumprimento da Constituição Federal de 1988 nos coloca em permanente reflexão sobre o sentido pedagógico da história - se é que existe - com reflexos diretos

¹³⁷ ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, gênero e dispositivos: culturas e processos de subjetivação**. 1º Ed. Curitiba: Appris, 2018, p. 278.

na dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira e, por consequência, nas discussões sobre interseccionalidade. Além de um estado permanente de atenção e vigilância do regime democrático, é preciso desatar essa opressão política, ao considerar inclusive **o corpo-sujeito como última instância de resistência interseccional**:

São os processos políticos que vão determinar qual resultado prevalecerá - político no sentido de que atores diferentes e significados diferentes lutam entre si para assegurar o controle. A natureza desse processo, dos atores e de suas ações, só pode ser determinada de forma específica, no contexto do tempo e do espaço. Nós só podemos escrever a história desse processo se reconhecermos que “homem” e “mulher” são, ao mesmo tempo, categorias vazias e transbordantes. Vazias, porque não têm nenhum significado último, transcendente. Transbordantes, porque mesmo quanto parecem estar fixadas, ainda contêm dentro delas definições alternativas, negadas ou suprimidas. Num certo sentido, a história política tem sido jogada no terreno do gênero. Trata-se de um terreno que parece fixo, mas cujo significado é contestado e está em fluxo. Se tratamos a oposição entre homem e mulher como problemática e não como conhecida, como algo que é contextualmente definido, repetidamente construído, então devemos constantemente perguntar não apenas o que está em jogo em proclamações ou debates que invocam o gênero para explicar ou justificar suas posições, mas também como compreensões implícitas de gênero estão sendo invocadas ou reinscritas... A exploração dessas questões fará emergir uma história que oferecerá novas perspectivas sobre velhas questões (como, por exemplo, é imposto o poder político, qual é o impacto da guerra sobre a sociedade), redefinirá velhas questões em novos termos (introduzindo, por exemplo, considerações sobre a família e a sexualidade no estudo da economia e da guerra), tornará as mulheres visíveis como participantes ativas e criará uma distância analítica entre a linguagem aparentemente fixa do passado e nossa própria terminologia. Além disso, esta nova história abrirá possibilidades para a reflexão sobre atuais estratégias políticas feministas e o futuro (utópico), pois ela sugere que o gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclua não somente o sexo, mas também a classe e a raça¹³⁸.

¹³⁸ SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & realidade, 1995, jul/dez, 20.2, p. 93.

Do futuro de estratégias políticas feministas à ênfase interseccional, Joan Scott (1995) nos permite pensar nessa transcrição para o presente, com “novas perspectivas para velhas questões” da assistência psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial. Nesse sentido, importa considerar as reflexões de Rachel G. Passos (2017) sobre as mulheres negras e a política nacional de saúde mental:

Identificamos que as mulheres negras permanecem no “mesmo lugar social”, ou seja, continuam exercendo atribuições subalternas e consideradas inferiores. Nesse sentido, a lógica escravocrata perpetua-se com outras características e nomenclaturas expressas no “mito da democracia racial”. Trazer à tona esse debate, em destaque na política de saúde mental, possibilita-nos recuperar o Lema da Luta Antimanicomial e sua direção radical pautada em um projeto societário de transformação. Ainda que muitos tenham se desviado do caminho que estava proposto em 1987, no Encontro de Bauru, e tenham aceito executar a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) a qualquer custo, uma nova geração de antimanicomiais vem questionando as estratégias adotadas e recuperando os princípios originais do Lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Logo, questionar as desigualdades e opressões/explorações de classe, gênero e raça/etnia faz parte das mudanças que se deseja e almeja alcançar não só em relação às pessoas em sofrimento psíquico, mas também em relação à utopia que nos direciona na busca por uma transformação societária que esteja pautada no fim da propriedade privada!¹³⁹.

Assim, da violência simbólica à realidade dos serviços de saúde mental, a forma asfíxiante da gestão do Estado brasileiro, que potencializa os efeitos da pandemia do COVID-19, pela incompetência estrategicamente consentida no sentido de promover a banalização da vida e a morte como lugar-comum do exercício da **necrocidadania** – por esse conceito quero dizer **a percepção da perda dos ares democráticos**, cada vez mais rarefeitos à medida que a pandemia do COVID-19 avança

¹³⁹ PASSOS, Rachel Gouveia. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. Revista O Social em Questão, Ano XX - nº 38 - Mai a Ago/2017, p. 90.

e as bases do Estado de Direito tendem à desaparecer, à beira do leito político:

O que é o invisível? É a dimensão da visibilidade, pois o “o visível está prenhe de invisibilidade”. É a impercepção da percepção – o que nos faz ver mais do que vemos ou também o que não vemos ao ver... É ainda o “ponto cego” da consciência, o que ela não pode ver sem deixar de ser consciência, ou seja, sua inerência ao corpo e ao mundo... É uma ausência que conta no mundo, uma lacuna que não é vazio, mas ponto de passagem. É poro. É oco...¹⁴⁰.

Somado a isso, a luta antirracista é fundamental para a reconstrução da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em 1983, a psiquiatra negra Neusa Santos Souza (1983) já apresentava a necessidade do caminho para “a construção de uma nova identidade, gerada a partir da voz de negros que, mais ou menos contraditória ou fragilmente, batem-se por construir uma identidade que lhe dê feições próprias, fundada, portanto, em seus interesses, transformadora da História – individual e coletiva, social e psicológica”¹⁴¹.

Isso significa que, ao dar vez e voz, Souza (1983) destaca como de suma importância para a tomada de consciência da identidade negra:

Ser negro é, além disto, tomar consciência do processo ideológico que, através de um discurso mítico acerca de si, engendra uma estrutura de desconhecimento que o aprisiona numa imagem alienada, na qual se reconhece. Ser negro é tomar posse desta consciência e cria uma nova consciência que reassegure o respeito às diferenças e que reafirme uma dignidade alheia a qualquer nível de exploração. Assim, ser negro não é uma condição dada, a priori. É um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro¹⁴².

¹⁴⁰ CHAUF, Marilena. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 116.

¹⁴¹ SOUZA, Neusa Santos. **Torna-se Negro. As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983, p. 78.

¹⁴² SOUZA, Neusa Santos. **Torna-se Negro. As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983, p. 77.

O processo do devir e tornar-se negro no campo da saúde mental brasileira envolve também ações afirmativas por meio de políticas públicas interseccionais que garantam, de fato, o respeito à diversidade e à igualdade material dos sujeitos em sofrimento psíquico, no escopo jurídico-político da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Da nossa **finitude** ao exercício em ato da **interdependência** através dos (re)arranjos afetivos nos cuidados em saúde mental, deve-se ter, de modo adequado, a profunda compreensão e extensão da **análise interseccional**, a fim de buscar a justiça social e o cumprimento das promessas constitucionais.

4

ESTUDO DE CASO – CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL (CNSM)

A presente proposta de investigação das Conferências Nacionais de Saúde Mental tem como objetivo averiguar o sentido e alcance da **noção de cidadania**, a partir das discussões da sociedade civil e das instituições de Estado. Nesse caminho, através da perspectiva jusfilosófica, com ênfase da dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o objetivo é entender e aperfeiçoar as ações e serviços de saúde mental em liberdade, para ampliar o horizonte de possibilidades de garantias e direitos fundamentais em nosso cenário sociocultural.

Assim, a finalidade é desvelar, sob o aspecto jurídico, os anseios do movimento social da Luta Antimanicomial e as respectivas repercussões institucionais em propostas de políticas públicas que assegurem a condição legítima de cidadania do sujeito em sofrimento mental. Isso implica dizer, no sentido espinosano, que se deve evitar com máximas forças a “cidade como solidão”¹.

4.1 I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1987)

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, foi estruturada em 3 (três) temas básicos: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma Sanitária e

¹ “De acordo com Espinosa, aquela cidade cuja paz depende da inércia dos súditos, os quais são conduzidos como ovelhas, para que aprendam só a servir, mais corretamente se pode dizer uma solidão do que uma cidade (TP, Cap. V, 296 [4])”. Cf. MARTINS, Laércio Melo. **A primazia do corpo na cura da mente: contribuições do sistema espinosano para uma ética médica em saúde mental**. 2021. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, 2021, p. 125.

reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Como se nota, a noção de “doença mental” foi adotada e instrumentalizada para, à época, repensar os rumos da assistência psiquiátrica brasileira, em decorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). No eixo I, o contexto socioeconômico brasileiro foi ressaltado, de tal modo que ficou demarcado o modelo de capitalismo com concentração de renda e aumento do poder econômico de parcela minoritária da sociedade.

Em razão disso, os temas da desigualdade socioeconômica, êxodo rural, aumento do desemprego assumiram o centro das diretrizes de realização de uma política de saúde comprometida com as necessidades reais da população. Em outras palavras, o conceito de saúde tornou-se ampliado para pensar em seus respectivos determinantes sociais, para que “permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado”².

O que se buscava com a implantação da Reforma Sanitária brasileira era o rompimento com a contradição do campo econômico:

O Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção de controle de insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real. O governo, que se constitui na direção do Estado, espelha os interesses das classes empresariais que contribuem na sua manutenção política, o que leva a uma posição contraditória do Estado e estabelece o divórcio entre o seu discurso e sua prática³.

² I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 12.

³ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 12.

Como desdobramento, o tema da saúde mental aparece “no bojo da luta de classes”⁴, de maneira que o papel dos trabalhadores em saúde mental, visto como agentes de dominação da macroestrutura político-econômica, é questionado:

Os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. É urgente, pois, o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas⁵.

A crítica à atuação do profissional em saúde mental estava atrelada à perspectiva de classes e ao sentido da violência institucional crônica das unidades asilares:

O trabalhador de saúde mental precisa romper o ciclo vicioso, onde se ganha mal e se trabalha mal, combatendo a violência nas instituições e unindo esforços com a sociedade civil para uma libertação institucional, lutando por melhores condições de salário e de trabalho associadas às melhorias das condições institucionais e de vida⁶.

Como se observa, os esforços pelas garantias dos direitos dos sujeitos em sofrimento mental foram acompanhados também pela luta por melhores condições de trabalho na assistência em saúde mental no Brasil:

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular,

⁴ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 12.

⁵ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 12

⁶ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 12.

combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde⁷.

Nesse contexto, o acesso à saúde mental aparece condicionado aos determinantes socioeconômicos, às condições de trabalho em saúde mental e ao rompimento com a violência institucional.

Com efeito, no eixo II, ao serem apresentados os princípios gerais para a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental, ficou notório que para a concretização da Reforma Sanitária, “consideram-se imprescindíveis”⁸ as reformas agrária, urbana e tributária, além da conscientização da sociedade civil da relevância da Reforma Sanitária para o país e a garantia pelo Estado de “espaços de participação efetiva da população” para a reformulação da legislação ordinária⁹.

Nesse caminho de retomada social pelo olhar da saúde (mental), reforçou-se a supremacia do interesse público sobre o privado:

O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Enquanto não se atingir a meta de estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, seguindo a política estabelecida pelo Sistema único de Saúde e regidos por contrato de direito público, garantindo-se o controle dos usuários neste setor através de seus segmentos organizados¹⁰.

⁷ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 13.

⁸ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 15.

⁹ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 15.

¹⁰ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 16.

Além disso, garantiu-se à iniciativa privada a participação na política pública de saúde, desde que não houvesse subsídio estatal:

Será permitida a implantação de estabelecimentos de serviços de saúde de forma liberal, sem qualquer forma de subsídios, isenção, credenciamento, contrato ou convênio que envolva recursos do setor público, inclusive a realização de desconto na declaração de imposto de renda no item assistência médica e psicológica¹¹.

Com efeito, a economia da saúde seria demarcada pela cooperação dos entes federativos: “Os recursos para o financiamento do Sistema Nacional de Saúde serão provenientes da receita tributária da União, estados, municípios e Distrito Federal, nunca inferiores a 10% do PIB, e se constituirão num Fundo Único de Saúde”¹².

De forma a controlar a produção de medicamentos e recursos farmacêuticos, a I CNSM, registrou a seguinte ideia: “A indústria farmacêutica será estatizada”¹³. Observemos o cenário da assistência privada, à época:

A opção pelo reforço da rede privada dos serviços de atenção à saúde mental é um aspecto de uma política mais geral que se consolidou com a unificação dos Institutos da Previdência em 1967, e se tornou hegemônica na década de 1970, enquanto o Ministério da Saúde sofria progressivo esvaziamento. Em 1983 (*Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – Brasil 1983*), 75 por cento dos leitos hospitalares em geral pertenciam à rede privada. Simultaneamente, assistia-se a uma redução dos gastos públicos reais no setor de saúde. A diminuição foi da ordem de 25 por cento entre 1980 e 1983 (CONASS)¹⁴.

¹¹ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 16.

¹² I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 16.

¹³ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 16.

¹⁴ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 37.

Por outro lado, buscou-se garantir um processo de democratização e descentralização ao privilegiar as instâncias municipais no campo da saúde, bem como a formação de recursos humanos e valorização do trabalhador em saúde mental, desde valores salariais até a atualização continuada por meio do campo acadêmico.

A participação social se apresentou como diretriz central das ações de assistência em saúde mental, como se segue: “Toda unidade de saúde em geral e de saúde mental em particular deverá constituir uma comissão de usuários para discussão, acompanhamento e fiscalização no tocante às questões administrativas”¹⁵.

Quanto ao regime de cuidado, nota-se, a orientação prioritária e referencial de serviços extra-hospitalares: “Reversão da tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica”, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização”¹⁶.

De fato, o final dos anos 1980, foi caracterizado pelo anseio social de não admitir pelo Estado brasileiro a construção de novos hospitais psiquiátricos com financiamento público:

A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica¹⁷.

¹⁵ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 17.

¹⁶ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 18.

¹⁷ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 18.

A ebulição social demarcava o anseio terapêutico: “Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais”¹⁸ e predizia a necessidade de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, “de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos”¹⁹.

As novas políticas públicas deveriam se ocupar de programas terapêuticos com reinserção social e de moradia: “Implementação de programa de recuperação da população internada cronificada, partindo-se para criação de espaços de habitação co-geridas e integradas ao serviços extra-hospitalares de saúde mental”²⁰.

Dentre os serviços substitutivos da estrutura hospitalar, pode-se apontar a “implementação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido”²¹, além da importância das equipes multiprofissionais:

Implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organocista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificada de cada categoria²².

Nesse cenário, a I CNSM propôs uma jornada de renovação democrática, a partir do conceito de saúde (mental), amplificado pelas

¹⁸ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 18.

¹⁹ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 19.

²⁰ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 19.

²¹ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 19.

²² **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 19.

discussões socioeconômicas que perpassaram a assistência de cuidado psíquico através da reinserção social e da multiformidade de olhares sobre a enfermidade psíquica.

A cidadania da “loucura”, não como ente abstrato, foi, porém, entendida a partir do adoecimento do sujeito que possui rastros de convívio e narrativa de vida. Sendo assim, “O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico”²³.

Para além do respeito à narrativa pessoal do sujeito adoecido mentalmente, a noção de cidadania deve implicar **acesso socioeconômico e cultural**. Ora, vejamos como a noção de “doença mental” foi abordada na I CNSM:

A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos²⁴.

A alienação socioeconômica é pressuposto da “doença mental”. O afastamento do convívio social fomenta ainda mais a segregação e a discriminação socioeconômica dos sujeitos em sofrimento mental. Nesse sentido, já se salientava a necessidade de uma revisão jurídica:

Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma

²³ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 21.

²⁴ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 21.

legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor²⁵.

Ora, o caminho da revisão normativa sugeria passar pelo Decreto de 1934, com irradiação das alterações em outros ramos jurídicos:

Quando da revisão da legislação ordinária consubstanciada no Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934, devem ser incorporadas as conquistas de direitos dos indivíduos e os atuais avanços de organização e de técnicas no setor. Também deverão merecer cuidados a revisão dos textos específicos no âmbito do Direito Civil, Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal e no campo da Deontologia²⁶.

Em outro momento, já havia destacado a não recepção do decreto supracitado pela Constituição de 1988:

É interessante observar que à época dos debates legislativos em torno do PL n.3.657/89, ainda estava em vigor o Decreto n. 24.559 de 1934 assinado por Getúlio Vargas. Com o advento da Carta Política de 1988, houve uma ruptura constitucional com a ordem anterior, demonstrando a ascensão de princípios, valores e objetivos diversos da Constituição de 1967/69. Uma indagação é oportuna, a fim de verificar em que medida havia compatibilidade material da norma federal (Decreto n. 24.559/34) com a Constituição de 1988, dado o fenômeno da recepção²²⁶. Dessa maneira, não existindo tal relação jurídica é compreensível a intensa produção normativa dos Estados e a edição de portarias do Ministério da Saúde, uma vez pautadas na previsão constitucional do direito social à saúde e articuladas às propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, não se verifica nenhuma discussão em sede do Supremo Tribunal Federal (STF) no sentido de decidir pela incompatibilidade material da norma de 1934, estando vigente e com eficácia normativa na organização da assistência psiquiátrica brasileira, de modo formal. Com isso, é possível afirmar que a ebulição social e o reconhecimento institucional da dramática situação da assistência psiquiátrica brasileira pelo Ministério da Saúde ocasionaram, no plano prático, a ineficácia da norma jurídica de 1934, e, em tese, já revogada, por

²⁵ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 21.

²⁶ I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 22.

incompatibilidade material, não cabendo observá-la na estrutura psiquiátrica brasileira²⁷.

Como se observa, a discussão jurídica do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, no contexto da I CNSM, assinalou também a necessidade de regulamentação do Direito das Crianças e dos Adolescentes. Já no que diz respeito à legislação civil, buscou-se a modificação da regulação das questões relativas às interdições e aos estados de incapacidade civil (“aos loucos de todo gênero”), ao estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física.

Quanto ao campo penal, destacou-se a relevância de uma revisão acerca da questão da inimputabilidade: “que se aprofunde a discussão sobre os manicômios judiciais, visando sua extinção ou profunda transformação”²⁸, bem como a questão da periculosidade social, como se observa: “a questão da periculosidade deverá merecer especial atenção por implicar em juízo de valor e dar margem ao uso indevido da saúde mental e dos seus profissionais para o cerceamento da liberdade individual e da opção de forma de vida das pessoas”²⁹.

À Esperança de novos ares democráticos, a I CNSM apresentou os seguintes objetivos de ação em saúde mental:

Universalização e equidade, articulação interinstitucional, ações integradas de saúde, regionalização e hierarquização, descentralização, prioridade do setor público, modificação do modelo assistencial, desenvolvimento de

²⁷ MARTINS, Laércio Melo. **Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas**. Porto Alegre, RS: Editora FI, 2020, p. 305-306.

²⁸ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final**/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 23.

²⁹ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final**/ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 23.

recursos humanos, supervisão e avaliação, epidemiologia e política terapêutica³⁰.

É evidente que a reformulação da dimensão jurídica era inevitável em razão dos avanços propostos pelo movimento social da Luta Antimanicomial, entretanto o óbice maior estava no âmbito institucional dos Poderes da República, sobretudo Legislativo e o Executivo.

4.2 – II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1992)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1992 em decorrência das discussões democráticas de acesso à saúde pública e de efetivação das políticas sociais. Nesse sentido, cumpre destacar eventos pretéritos, à ocasião, que contribuíram para os novos rumos da assistência psiquiátrica brasileira, a saber: VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), como marco histórico da construção do Sistema Único de Saúde (SUS); I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987); II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1987); a Conferência de Caracas (1990), a qual se transformou “ em referência fundamental para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental que se desenvolve no país”³¹ e a IX Conferência Nacional de Saúde.

A diretriz principal da II CNSM foi indicar uma mudança que permitisse uma participação efetiva dos usuários nas discussões temáticas:

O país vive, nesse momento, grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade, prenunciadas pela

³⁰ **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/** 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 39-40.

³¹ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p. 4.

revisão constitucional de 1993, e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social ³².

Os temas centrais da II CNSM deliberaram sobre: I - Rede de Atenção em Saúde Mental (marcos conceituais, modelo de atenção e direitos de cidadania), II - Transformação e Cumprimento de Leis (recomendações gerais, financiamento, gerenciamento, vigilância, dos trabalhadores de saúde, da organização do trabalho e pesquisa); III - Direito à Atenção e Direito à Cidadania (direitos civis e cidadania, direitos trabalhistas, drogas e legislação e direito dos usuários).

Em virtude disso, percebo que na II CNSM houve uma ênfase maior nas discussões sobre o sentido e o alcance da **noção de cidadania do sujeito em sofrimento mental**:

Atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental. O entendimento da saúde/doença como processo fundamenta o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental. O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando as diferenças e diversidades ³³.

A **noção de integralidade do corpo-sujeito** tem destaque em alusão à perspectiva holística do cuidado, ao envolver inclusive a saúde democrática do país:

³² **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**: Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.5.

³³ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**: Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.6.

A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão frequentes na abordagem dos serviços de saúde³⁴.

O olhar de modo unitário para essa relação corpo-mente aprofunda a matriz de cuidado psíquico e a responsabilidade do Estado em desenvolver políticas públicas compatíveis com o desejo social:

É necessário, pois, construir: - mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico; - diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental; - uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que tem produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas³⁵.

A abertura de horizontes de cuidado permitiu a consolidação das discussões sobre a **cidadania** no sentido de ela compreender a **visão integrada da vida**:

Deve referir-se aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação, premissas conceituais da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como da I Conferência Nacional de Saúde Mental e Declaração de Caracas, sendo imprescindível a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde³⁶.

Assim, poderíamos dizer que, a partir da I e II CNSM, o conceito de cidadania do sujeito em sofrimento mental compreendia até então os

³⁴ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.6.

³⁵ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.6.

³⁶ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.7.

seguintes aspectos: (1) o acesso socioeconômico e cultural no convívio social e (2) a integralidade no cuidado da unidade corpo-mente do sujeito em sofrimento psíquico.

Como reforço das estratégias de desospitalização, observa-se o anseio pela ampliação de equipamentos em saúde mental:

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão³⁷.

Na II CNSM, o desejo pela desinstitucionalização aprofunda-se: “É imperativo efetuar a desinstitucionalização de todas as instancias com características manicomialis, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras”³⁸.

Além disso, notou-se mais uma vez a preocupação com o papel social do profissional em saúde mental de não ser caracterizado como um “agente de opressão” por seguir ritos institucionais asilares:

Deve ser dada prioridade às ações que estimulem a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, desconstruindo seus manicômios mentais, libertando-o de esquemas e de estruturas que o impedem de pensar e agir

³⁷ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.7.

³⁸ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.7.

de modo mais humano pela promoção de saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico³⁹.

Do espaço de tratamento até o espaço público, a ressignificação do lugar do adoecimento mental deveria nortear todas as discussões no âmbito das políticas públicas após a promulgação da Constituição de 1988:

A luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim, consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares. É imprescindível a ressignificação do espaço público como um lugar de afirmação do coletivo e da mudança do poder contratual dos cidadãos em sua relação com o Estado e Sociedade⁴⁰.

Nesse sentido, vejamos as propostas apresentadas na II CNSM sobre os limites e possibilidades da dimensão jurídica da Reforma Psiquiátrica:

A legislação deve levar em conta as várias questões implicadas no conceito amplo de cidadania, como a subjetividade, o direito a vivenciar suas crises e que estas não sejam abordadas por métodos coercitivos. Estimular a formação e aprovação de uma nova legislação em saúde mental, capaz de dar conta, separadamente e através de instrumentos legais e diferenciados, dos vários aspectos implicados na questão, quais sejam: reestruturação da assistência, direitos civis, código penal, direitos do usuário⁴¹.

Na II CNSM houve a preocupação em olhar com cautela para os direitos dos sujeitos que utilizam álcool ou outras drogas:

³⁹ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.8.

⁴⁰ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.10.

⁴¹ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p. 10.

Mudar o enfoque punitivo e coercitivo em relação às drogas, pois a lei trata assim os usuários, não combatendo os produtores e grandes traficantes. Que a lei interfira mais neste último nível e, quanto aos usuários, que lhes seja dado o enforque da assistência, tratamento e programas sociais de prevenção, cabendo-lhes incentivar que os cuidados sejam desenvolvidos em centros especializados⁴².

Somado a isso, outras propostas jurídicas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira foram apresentadas, a saber:

A atual legislação brasileira aplicável à saúde mental é conflitante com as novas práticas da atenção e da cidadania dos usuários. Algumas recomendações se impõem, visando permitir a necessária e inadiável revisão legal.

a) Revogar o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934

b) Regulamentar as Leis Orgânicas Municipais no que diz respeito a atenção à saúde mental.

Além destas revisões, deve-se: estimular os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário a providenciarem a incorporação, na legislação brasileira vigente, dos “Princípios para a proteção das pessoas cometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, da ONU, aprovados em 17/12/91, na legislação brasileira vigente, assim como o seu cumprimento integral em todo território⁴³.

À época da II CNSM, transcorriam as discussões parlamentares no Congresso Nacional sobre a assistência federal em saúde mental: “Criar mecanismos de pressão, junto ao Senado, para aprovação imediata do projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado, dada a sua importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país”⁴⁴.

⁴² **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.10.

⁴³ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.22.

⁴⁴ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.23.

Concomitantemente, com o desejo de aprovação do Projeto de Lei n. 3.675/1989 existiu a pressão social para retirada de técnicas “terapêuticas”, à época: “Exigir a aprovação de dispositivos legais que garantam a cidadania do doente mental e proíbam o uso de práticas violentas, tais como camisa de força, ECT (eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgias”⁴⁵.

Mais uma vez, percebe-se a preocupação social de tratamento igualitário dos sujeitos com deficiência: “Assegurar ao portador de transtorno mental ou deficiência mental os mesmos benefícios concedidos e garantidos, pela Constituição de 1988, aos deficientes físicos”⁴⁶.

No âmbito da legislação civil, a II CNSM buscou a modificação do sistema de incapacidade: “Encaminhar ao Congresso Nacional a proposição de emenda ao Código Civil, suprimindo a expressão “Loucos de todo gênero”, entre os “incapazes para os atos da vida civil” (art. 5º do Código Civil em vigor)”.

É interessante destacar que aparece o acesso à Justiça como condição de possibilidade para o exercício da cidadania: “Garantir assessoria jurídica, pelo Poder Público, aos usuários dos serviços de saúde mental, para assuntos pertinentes à sua cidadania, especialmente nos casos de interdição e tutela”⁴⁷.

Com efeito, ficou evidente a necessidade de assessoria jurídica para a efetivação das modificações normativas, de acordo com as

⁴⁵ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.23.

⁴⁶ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.23.

⁴⁷ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.24.

perspectivas antimanicomiais: “responsabilizar a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para, através da constituição de uma comissão jurídica, encaminhar as decisões deliberadas por esta Conferência, no que diz respeito às revisões legislativas/jurídicas”⁴⁸.

E, por fim, dentro do escopo jurídico, a II CNSM propôs: “Extinguir todos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental”⁴⁹, garantir os direitos dos usuários dos serviços em saúde mental⁵⁰ e o cumprimento das Leis n. 8.080/90 e 8.142/90.

A dimensão jurídica da Reforma Psiquiátrica teve uma profunda relevância nas discussões da II CNSM, sobretudo, na ampliação dos direitos dos sujeitos em sofrimento mental. De fato, essa Conferência detalhou as repercussões, nas respectivas áreas jurídicas, dos direitos dos usuários da assistência em saúde mental, com propostas específicas de ação pelos Poderes.

4.3 – III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2001)

O tema principal da III CNSM foi “Reorientação do modelo assistencial”, com subtemas: I. Recursos Humanos, II. Financiamento, III. Controle Social, IV. Direitos, Acessibilidade e Cidadania.

Em razão da descentralização do SUS, foram sendo constituídas redes de atenção psicossocial substitutivas ao modelo hospitalocêntrico como eixo assistencial:

⁴⁸ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.25.

⁴⁹ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.25.

⁵⁰ **RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994, p.31-33.

Em 2001, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, e após mais de dez anos de intenso debate, foi aprovada e sancionada uma nova lei federal de saúde mental (Lei n. 10.216, de 06.04.2001), a qual reafirma o processo em curso e implica novos desafios para os gestores públicos de saúde e a sociedade de um modo geral ⁵¹.

Tal proposta normativa previa a implantação de ações na política de saúde mental que garantisse suporte terapêutico, inclusive para familiares de sujeitos em sofrimento mental:

No campo da saúde, a implantação do SUS configurou um novo panorama da atenção a saúde e a II Conferência já pôde contar com iniciativas importantes da coordenação da política nacional de saúde mental (Portaria 189/91, Portaria 224/92, Portaria 407/92), com o impulso da existência prática de diversas políticas públicas municipais comprometidas com a transformação do modelo assistencial e a afirmação dos direitos de cidadania e com a riqueza da participação efetiva de usuários e familiares, presença indicativa do processo de mudança em curso ⁵².

Novamente, o tema da participação social nas políticas de saúde mental surge como garantia de acesso ao cuidado, de modo democrático, com ampla discussão nacional:

É importante ressaltar também, que em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei n. 3.647/89, do Deputado Paulo Delgado, que enunciava pela primeira vez no campo legislativo, à necessidade de transformação da regulamentação da assistência psiquiátrica. A apresentação deste projeto potencializou o debate em todo país e estimulou a criação de leis de orientação semelhante em vários Estados e municípios ⁵³.

No âmbito do acesso à Justiça, observemos o anseio presente na III CNSM: “No judiciário, é crucial o comprometimento dos órgãos de

⁵¹ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.7.

⁵² **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.16.

⁵³ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.16.

defesa dos direitos dos cidadãos e consumidores (Defensorias Públicas, Procuradorias, Ministério Público, PROCONs etc)⁵⁴.

Ora, o envolvimento civil-institucional à previsão do direito à saúde mental marca a legitimidade social da Lei da Reforma Psiquiátrica, bem como sua aplicação normativa: “ Na sociedade civil, cabe buscar a adesão das organizações corporativas de profissionais e trabalhadores, tais como os conselhos nacionais e regionais, a OAB, a ABI, além dos sindicatos. Os partidos políticos também constituem importantes espaços de luta e conquista”⁵⁵.

O primeiro desafio a ser enfrentado era a criação da rede substitutiva de assistência em saúde mental:

O primeiro direito a ser garantido é a acessibilidade. Quantas pessoas que sofrem de graves problemas mentais não ficam abandonadas e invisíveis, só sendo vistas quando alguma situação trágica se apresenta em suas vidas? Quantos suicídios aparentes e inaparentes poderiam ser evitados se o direito ao tratamento fosse garantido? A criação de uma rede de atenção psicossocial pública, territorial, eficaz, integrada é o primeiro direito a ser conquistado⁵⁶.

De fato, a Lei da Reforma Psiquiátrica representou um importante avanço em relação ao arcabouço jurídico que existia à época das discussões legislativas:

A promulgação, em 6 de abril de 2001, da lei 10.216 (resultante da proposta original do deputado Paulo Delgado), coloca o tema dos direitos no centro do debate da reforma psiquiátrica, e deve ser vista como um poderoso instrumento para a conquista da cidadania dos usuários e familiares. O germe da cidadania é justamente este: compartilhar uma cidade,

⁵⁴ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.27.

⁵⁵ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.27.

⁵⁶ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.31.

convivendo com outros cidadãos em busca do bem comum, com direitos e deveres. Depois do direito ao tratamento, e dos direitos de cidadania mais gerais, algumas situações específicas se apresentam no campo dos direitos em saúde mental⁵⁷.

O direito ao compartilhamento da cidade e o acesso à tratamento digno reflete no respeito da autonomia do sujeito em sofrimento mental:

Desta forma, o tema dos direitos é central, não só para a reforma psiquiátrica, mas para todas as políticas sociais. Além dos direitos clássicos – à liberdade, à participação política, à escolha do credo religioso e pensamento, etc. –, e dos direitos sociais – habitação, emprego, salário, aposentadoria, atenção à saúde, educação, etc. –, em nosso campo existem situações especiais que devem ser consideradas⁵⁸.

Portanto, se considerarmos até agora as noções de cidadania do sujeito em sofrimento mental apresentadas pelas I, II e III CNSM teríamos como elementos caracterizadores: (1) o acesso socioeconômico e cultural no convívio social, (2) a integralidade no cuidado da unidade corpo-mente do sujeito em sofrimento psíquico e (3) o compartilhamento da cidade e do tratamento terapêutico digno.

Vejam os desdobramentos da III CNSM no âmbito da legislação civil:

Os portadores de transtornos mentais severos podem estar submetidos a uma ordem particular de direito, chamado estatuto da tutela. Por serem considerados menos capazes de exercer os atos da vida civil, podem ser submetidos ao processo de interdição ou curatela, através do qual perdem parte de sua autonomia como cidadãos e são representados por um curador, em geral pessoa de sua família. A interdição destina-se, em tese, a proteger o paciente, mas pode muitas vezes significar uma importante limitação de

⁵⁷ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.31.

⁵⁸ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.32.

sua vida. Como a lei 10.216 baseia-se na afirmação dos direitos do paciente, em nome dela se deve propor um mecanismo permanente de revisão dos processos de interdição civil. Do mesmo modo, interdições desnecessárias, que são fruto de exigências apenas burocráticas do sistema de pensões (como o INSS), devem ser extintas ou rigidamente regulamentadas, substituídas por outros mecanismos de prova da incapacidade para o trabalho (a incapacidade laborativa não pode ser confundida com a incapacidade absoluta para a vida civil prevista no código civil)⁵⁹.

Sublinhe-se: a evidência da controvérsia do instituto da interdição civil instrumentalizado também como forma de dominação e controle do sujeito em sofrimento mental em condições de vulnerabilidade. Por sua vez, no âmbito penal, ficou manifestado o anseio de superação do manicômio judicial:

No caso da lei penal, as condições de funcionamento dos manicômios judiciários (chamados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico), para onde são encaminhados os pacientes que cometem delitos, constituem atentados aos direitos humanos, e precisam ser profundamente reestruturadas. O Código Penal, recentemente revisto pelo Congresso, não mudou as normas sobre inimputabilidade (ausência de responsabilidade penal) e periculosidade (potencialidade de cometer novos delitos), específicas do paciente infrator, mas a discussão sobre tal mudança deve prosseguir. A lei de Execuções Penais (regula o cumprimento as penas e das medidas de segurança) está em processo de revisão, e constitui um instrumento estratégico possível para a humanização (se tem sentido falar disso) dos manicômios judiciários. No horizonte da reforma, deve estar colocada a superação total desse tipo de estabelecimento⁶⁰.

Nesse contexto de contradições e tensões que o campo da Reforma Psiquiátrica brasileira estabelece entre o Direito e a Medicina, mais uma vez, o movimento social relembra a dificuldade jurídica para a provisão

⁵⁹ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 32.

⁶⁰ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 32-33.

de direitos e garantias dos sujeitos em sofrimento mental com fundamentação em diagnóstico psiquiátrico:

É importante lembrar que a luta pela afirmação dos direitos dos usuários deve dialogar permanentemente com as demais questões presentes no debate sobre direitos e cidadania, e também com outras lutas deste campo dos direitos humanos e sociais. Deve ser levada em conta, neste debate, uma aparente contradição: quando reivindicamos direitos especiais para os usuários (por exemplo: trabalho protegido, transporte gratuito para o acesso aos serviços, apoio financeiro para egessos de longas internações), temos que nos defrontar com a possibilidade do reforço da condição de tutelado, ou mesmo do poder do diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, social) como critério de inclusão nos direitos especiais⁶¹.

Por fim, observo que a discussão sobre os regimes de internações psiquiátricas perpassa o debate da autonomia e do consentimento do sujeito sofrimento psíquico:

Destaca-se também a urgente necessidade de aprofundar a temática da internação voluntária e involuntária, assim como das diversas questões que dizem respeito ao consentimento informado. A regulamentação da internação involuntária, determinada pela lei 10.216, já está implantada em vários estados, com a participação fundamental do Ministério Público, ao qual são encaminhadas as notificações. É importante discutir as conclusões do relatório do I Seminário Direito à Saúde Mental, sobre a aplicação da lei 10.216, realizado em novembro de 2001, como atividade preparatória da III Conferência. Deve existir um controle externo sobre todas as internações: involuntárias, voluntárias e compulsórias (feitas por ordem judicial)⁶².

A advertência sobre a importância do controle externo sobre quaisquer internações psiquiátricas permanece como um alerta das contradições ainda presentes na “Lei Antimanicomial”.

⁶¹ **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.33.

⁶² **III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:** Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.34.

4.4 - IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2010)

Em 2010, sediada em Brasília, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial foi caracterizada por ampla participação social e de representação democrática:

A III Conferência Nacional de Saúde Mental havia reafirmado os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorar a promulgação da Lei 10.216. Em 2001, a III Conferência apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares⁶³.

Na IV CNSM, buscou-se ampliar a discussão sobre a natureza dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, enquanto política pública de Estado:

Implantar e implementar serviços de saúde mental municipais e/ou regionais, com atendimento integral da criança ao idoso, ampliar o número de Residências Terapêuticas e as possibilidades de implantação de CAPS e assegurar a obrigatoriedade de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais – destinados a crianças, adolescentes e adultos são algumas das medidas necessárias para o efetivo cumprimento da Lei 10.216/01, assegurando uma rede comunitária de serviços em completa substituição à internação em hospitais psiquiátricos, como garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental⁶⁴.

Destacou-se a importância fiscalizatória do Ministério Público para o cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica, sobretudo nas ações municipais: “acionar o Ministério Público nos municípios e estados que não cumprem a Lei Federal n. 10.216 (Lei Paulo Delgado) e a

⁶³ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.7.

⁶⁴ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.21.

Portaria 336 (CAPS), com relação ao número mínimo de equipamentos de saúde mental em cada município”⁶⁵.

Ora, a aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica e o acesso ao tratamento na rede substitutiva foram os pressupostos fundamentais da IV CNSM:

Fazer cumprir a Lei 10.216/2001, além de não admitir a revisão e nem retrocesso das conquistas alcançadas a partir de sua aprovação, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando os seus direitos de cidadania, em especial, o acesso ao tratamento na rede substitutiva⁶⁶.

No âmbito penal, mais uma vez, buscou-se “garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometem delitos, em cumprimento às diretrizes do SUS e à Lei 10.216/2001, visando o fim do manicômio judiciário”⁶⁷.

A IV CNSM destacou a importância de expansão das estratégias substitutivas, a fim de efetivar uma política de assistência em liberdade:

Com essa perspectiva, a consolidação do processo de reforma psiquiátrica exige acelerar a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPsi e CAPad, adequando-os às necessidades reais de cada município, de forma a elevar a cobertura assistencial em todos os Estados conforme a Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001⁶⁸.

De fato, a urgência da construção da assistência extra-hospitalar demonstrava, lamentavelmente, que transcorrido, aproximadamente,

⁶⁵ **RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.39.

⁶⁶ **RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.58.

⁶⁷ **RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.58.

⁶⁸ **RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.69.

10 anos de promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica ainda tínhamos déficits de serviços: “acelerar a implantação de CAPs para elevar a cobertura assistencial em todos os Estados, respeitando o disposto pela Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, bem como os demais dispositivos normativos e critérios já existentes”⁶⁹.

Assinalou-se expressamente o repúdio à discriminação racial, social e de gênero nesta Conferência, ao destacar a relevância da diversidade existencial para o convívio político:

Outro tema fundamental dos direitos humanos no campo da saúde mental é o combate ao estigma e o respeito à diversidade. A IV Conferência reafirma a importância da aplicação da Lei 10.216 e da Constituição Federal no tocante ao enfrentamento dos preconceitos referentes à saúde mental, assim como de garantir a equidade dos cidadãos, de forma a assegurar o respeito à diversidade e às diferenças étnico- raciais, orientação sexual, de grupos geracionais (idosos, adolescentes e crianças), de pessoas com patologias e doenças raras, das pessoas com DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e particularmente HIV/AIDS, da população em situação de rua ou em situação de privação de liberdade e em presídios, de pessoas com deficiência, entre outras, em todas as estratégias públicas eventos e conferências de saúde e saúde mental. Para isso, é preciso promover políticas públicas específicas que garantam a inserção social de todas as populações excluídas, tais como negras, indígenas, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), em situação de rua, de religiões de matriz africana, pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas⁷⁰.

Como já demonstrada, a interseção entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileira, notadamente, com ênfase na hermenêutica jurídica da legislação do Sistema Único de Saúde e a Lei da Reforma Psiquiátrica:

⁶⁹ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.70.

⁷⁰ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.105.

No processo de reforma psiquiátrica e de construção da política de saúde mental do SUS, é fundamental efetivar as Leis 8.080/90 e 8.142/90 e 10.216/01 e propor a regulamentação e a definição das responsabilidades de cada esfera de poder (federal, estadual e municipal) na área de saúde mental. É necessário exigir o cumprimento da legislação de saúde mental e de outros dispositivos legais, nos casos de violação dos direitos humanos, de liberdades básicas e de negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos que sofrem de transtornos mentais, garantindo a cidadania através da efetivação das políticas públicas⁷¹.

Mais uma vez, o tema da periculosidade social reaparece nas discussões do campo penal:

Outro tema de fundamental importância assinalado nas propostas aprovadas está relacionado à alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal⁷².

Como resultado disso, a instrumentalização da Medida de Segurança e a existência dos Manicômios Judiciários retornam ao centro da discussão institucional:

Elaborar, a partir da construção de um grupo de trabalho intersetorial, um plano nacional de Extinção do Sistema de Hospital de Custódia em prazo emergencial. Durante o período de transição, garantir que a medida de segurança seja aplicada em sintonia com a Lei 10.216/01 e garantir a humanização dos hospitais de custódia, pautada no respeito aos direitos humanos e atendimento de qualidade, visando à reabilitação psicossocial.

⁷¹ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.121.

⁷² RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.121-122.

Promover ações de mobilização e orientação ao Poder Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público para implantação de serviços voltados ao acompanhamento do processo criminal do usuário de saúde mental, na fase de instrução e execução penal, visando garantir acessibilidade ao tratamento em Saúde Mental nos serviços substitutivos ao manicômio, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, para avançar na direção do fim dos manicômios judiciários⁷³.

Observo que na IV CNSM buscou-se enfatizar a maior participação dos órgãos dos Poderes Judiciário e Executivo, a fim de instrumentalizar a Lei da Reforma Psiquiátrica ainda num cenário de políticas públicas em saúde mental incipiente, como podemos ver:

Promover e desenvolver, junto ao Ministério da Saúde, ações necessárias para revisão, adequação e implantação imediata de plano de ação interministerial de saúde integral e saúde mental para o sistema prisional, garantindo àquela população o direito de assistência de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, constituindo para isso comissões intersetoriais (Saúde, Assistência, Segurança e Justiça)⁷⁴.

Nesse caminho de aplicação da Medida de Segurança, em razão da complexidade e multidisciplinaridade que envolve a discussão do “louco infrator”, demarcou-se a necessidade de ampla deliberação:

Criar um fórum intersetorial com participação das áreas de saúde, justiça, educação e assistência social das três esferas de governo, para discussão e deliberação a respeito da pessoa portadora de transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas que cometeu atos infracionais, para garantia da atenção psicossocial (cuidado, proteção, tratamento e reinserção social), tendo como bases a Lei 10.216 e as Políticas Nacional de Humanização e de Direitos Humanos⁷⁵.

⁷³ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.123.

⁷⁴ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.123.

⁷⁵ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.124.

No plano civil, as discussões sobre a interdição ainda tomavam a pauta da mobilização social:

Implementar junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, de forma integrada com o Poder Judiciário, uma comissão para revisão dos processos de interdição em todo o território nacional para verificar se os usuários estão sendo beneficiados e cuidados, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001⁷⁶.

Além disso, à época, mostrou-se a preocupação de ampliar os canais de comunicação sobre os direitos e garantias dos sujeitos em sofrimento psíquico, através de cartilhas e ampla publicidade, de modo a tornar conhecida a Lei da Reforma Psiquiátrica no meio da sociedade civil:

Sensibilizar, conscientizar e esclarecer a sociedade sobre a Lei 10.216 e sobre os direitos das pessoas com transtorno mental como cidadão, na perspectiva de diminuir preconceitos, através de ações educativas e material publicitário (cartilhas, spot de rádio, panfletos), cuja divulgação também será feita nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelecimentos similares, em caráter obrigatório⁷⁷.

Ao que parece, um dos objetivos com a ampla informação normativa sobre a assistência em saúde mental era aproximar a sociedade civil dos debates institucionais sobre o sentido e alcance da legislação sobre os cuidados psíquicos:

Garantir que o Ministério da Saúde crie um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a Política Nacional de Saúde Mental, utilizando os meios de comunicação em geral e promover a criação de sítio na internet, cartilhas, cartazes e outros instrumentos contendo informações básicas a respeito do tema saúde mental e reforma

⁷⁶ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.125.

⁷⁷ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.133.

psiquiátrica: Lei n. 10.216/01, portarias de saúde mental, direitos e deveres dos usuários, leis do SUS, e demais documentos que definam a responsabilidade das três esferas do governos⁷⁸.

Por fim, ao observarmos as noções de cidadania do sujeito em sofrimento mental ao longo das 4 (quatro) Conferências Nacionais de Saúde Mental teríamos como elementos indicadores: (1) o acesso socioeconômico e cultural no convívio social, (2) a integralidade no cuidado da unidade corpo-mente do sujeito em sofrimento psíquico, (3) o compartilhamento da cidade e tratamento terapêutico digno e (4) o acesso à informação sobre direitos e garantias e às políticas públicas em saúde mental.

Sob esse aspecto, podemos afirmar que a **dimensão jurídico-política** discutida no curso das CNSM fundamentou-se no entendimento da importância da **dimensão sociocultural**, na **integralidade do cuidado**, no **direito à cidade** e ao **acesso terapêutico em liberdade**, bem como ao **direito à informação**.

De fato, a “boa saúde”, enquanto desdobramento do acesso à cidade e, portanto, do exercício da cidadania compreende a busca pela felicidade de todos os corpos-sujeitos que compõem o corpo social: “quem, na verdade, se julga mais feliz por que as coisas lhe correm bem só a si, e não aos outros, ou porque é mais feliz e mais afortunado que os outros, ignora a verdadeira felicidade e beatitude”⁷⁹.

⁷⁸ RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010, p.155.

⁷⁹ TTP, Cap. III, [44].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com efeito, Espinosa e Maurice Merleau-Ponty, de forma contextual, ocuparam-se de uma ética do cuidado para a saúde psíquica, considerando a experiência vivente com valor jurídico para o processo de acompanhamento e cuidado.

Portanto, a experiência originária do corpo-sujeito tem suma importância para a construção da moldura jurídica dos direitos e garantias fundamentais. Nesse contexto intercorporal, a linguagem (verbal e não-verbal) é um instrumento relevante para repensarmos as percepções jurídicas sobre a dor psíquica.

Dessa maneira, estar atento é fundamental para o reconhecimento da dor existencial do Outro. Isso implica ter consciência desperta com a capacidade de ver. Trata-se do enraizamento do corpo como dimensão reflexiva na interação intercorporal.

Assim, a consciência da diversidade subjetiva contribui para a vivência jurídica, no regime democrático, de forma que a atenção desvela e explicita a constituição ativa de um evento psicofísico. Em outras palavras, o sofrimento psíquico só pode ser melhor compreendido quando visto, em sua ocorrência, no ambiente sociocultural no qual o sujeito se insere. Além disso, é importante observar as normas jurídicas que incidem sobre o caso concreto.

É através da atenção que ocorre o exercício de estar em ato. A atenção desvela presença, de maneira que o corpo seja acesso ao cuidado do Outro. Busca-se a prática de vivência livre como potência em ato e o entendimento da experiência do adoecimento como abertura para novas normas de vitalidade.

Com isso, quero dizer trata-se de uma ética de escuta corporal como cuidado na verificação da transitoriedade contextual e dos diagnósticos psicossocial e jurídico.

Assim, cidadania e desinstitucionalização estão diretamente relacionadas e constituem as bases de um novo contrato social, constituído pela interdependência e vulnerabilidade existencial. Ser livre é reconhecer-se vulnerável.

Suportar o peso da liberdade requer a ruptura com o narcisismo do pacto social e o egocentrismo da razão instrumental, a fim de permitir abertura para novos horizontes de causalidades. A dialética do pensamento inacabado exige a coragem de assumirmos um novo futuro, enquanto sociedade.

Somos feitos de matéria do tempo-espaco e isso implica estarmos fadados a sempre recomeçar. O avanço na tensão impermanente da vida é possível através do descobrimento do destino frente à finitude da nossa autoconstituição.

O que fica do contato do corpo-sujeito após o ato de cuidado?

Eis a função do Direito! Investigar, permanentemente, a compreensão da experiência subjetiva e originária do sujeito, com o fito de permitir a abertura de novos horizontes jurídicos.

Nesse sentido, por exemplo, há que se questionar ainda a existência da Medida de Segurança no ordenamento jurídico brasileiro e a ausência de responsabilização do Estado brasileiro em se comprometer com políticas públicas de cuidado em liberdade no campo da saúde mental, bem como na reflexão dos paradigmas civil-penal destinados aos sujeitos em sofrimento mental.

A democracia antimanicomial compreende a desinstitucionalização e ampla cobertura de serviços psicossociais, em todo território nacional, relacionados ao cuidado do sujeito em sofrimento mental.

Afirmar nossa singularidade é índice do exercício em ato da própria liberdade que compreende o autoconhecimento da finitude e interdependência. Sendo assim, é de suma importância observar a destinação da norma jurídica aplicada ao restringir a liberdade, em razão da dor psíquica. Trata-se de uma análise da integralidade da ética do cuidado psicofísico.

Em permanente tensão política, encontra-se o sentido da expressão “saúde mental” e, portanto, na relação psico-orgânica digital, há que se buscar os limites e possibilidades da virtude do cuidado no âmbito da interdependência e no sentido da experiência humana, caracterizada pela singularidade irreduzível do ser.

Sendo assim, a prática interdependente como autonomia caracteriza a construção da singularidade da vida diversa na Unidade.

A saída da ilusão egocêntrica e narcísica do pacto social para uma nova afetividade política perpassa a natureza da percepção da relação corpo-mente no entendimento das relações intercorporais. É o entrecruzamento do nexos causal das relações, enlaçado pela linguagem no espaço público como ato de liberdade política, enquanto possibilidade de novos discursos que afirmem a potência que existe na vulnerabilidade humana.

Há urgência da presença ambivalente de novas aberturas de experiências culturais em unidade com a Natureza constituídas, no plano mental, pelo espaço de (co)habitação da presença do corpo-sujeito, com desdobramento, no plano físico, do contrato social corpóreo.

É o mundo compartilhável, no qual o contato cura! A Unidade plural, na qual só é possível falar em saúde, no modo individual, se o corpo social estiver saudável.

Pelo visto, não estamos bem!

Nessa realidade psicossocial, tudo está de passagem. Eis a vitalidade da humanidade: a transitoriedade!

No contexto da diversidade psicofísica, a livre necessidade constituída pela autodeterminação e interdependência em ato compreende o princípio de causalidade. Diante disso, é importante ressaltar que as ações terapêuticas e políticas também são psicofísicas e que o autoconhecimento é fundamental para a construção de um espaço social saudável.

Em razão disso, afirmo que o cuidado terapêutico só é possível no organismo social através dos laços e seus respectivos contatos. Sob esse aspecto, a dimensão jurídico-política e a sociocultural permitem a análise da profundidade situacional do campo de incidência dos direitos e garantias fundamentais do sujeito em sofrimento mental.

No caso do Estado brasileiro, é possível observar que há rastros de cuidado jurídico para a Rede de Atenção Psicossocial na Constituição de 1988, desde os fundamentos e objetivos da República Federativa, passando pelos direitos sociais, culturais e econômicos, com destaque para o bloco de constitucionalidade dos direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental).

Sendo assim, as primeiras linhas institucionais de discussão da Lei da Reforma Psiquiátrica foram apresentadas através dos regimes de internações psiquiátricas, de interdições e curatelas e das medidas de segurança, com objetivo de promover a regulamentação e aplicação desses mecanismos jurídicos.

Observo que, atualmente, não devemos mais buscar como vamos “regulamentar” tais dispositivos, mas reformar os institutos jurídicos ou até mesmo extingui-los, ao adotarmos estratégias de serviços substitutivos em saúde mental em todo território brasileiro.

Tendo em vista o núcleo constitucional do direito à integridade mental (direito à saúde mental) e análise interseccional podemos repensar o desenho jurídico da Política Nacional de Saúde Mental, a fim de melhor compreender as noções de cidadania apresentadas nas Conferencias Nacionais de Saúde Mental.

É oportuno considerar aqui as palavras de Benilton Bezerra Jr. (1992):

É necessário fecundar a ideia da democracia como invenção permanente e reconhecer que produzir novos vocabulários, novas práticas subjetivas é indispensável para a construção de uma sociedade mais tolerante. Uma sociedade em que a noção de cidadania implique não apenas o reconhecimento de direitos ou proteção da singularidade, mas um processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo, e, portanto, onde a loucura não implique impossibilidade¹.

É nesse contexto de produção de novos vocabulários na estrada do caminho democrático, de forma a operacionalizar as noções teóricas, aqui desenvolvidas, no campo dogmático jurídico, que apresento o conteúdo axiológico de cada conceito fundamental para a construção de uma prática jurídica fundamentada na ética do cuidado antimanicomial:

a) ética do cuidado: inicia-se pela atenção intersubjetiva, caracterizada pela prática do acompanhamento da fragilidade humana, a partir dos pressupostos da vulnerabilidade existencial e da experiência vivente. Assim, tão somente o corpo enraizado seria capaz de efetuar o processo de acompanhamento, de modo psicofísico no exercício da integralidade.

¹ BEZERRA JR., Benilton. **Cidadania e Loucura: um paradoxo?**. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 124.

b) ética do cuidado jurídico: constitui-se pela hermenêutica constitucional que considera a vulnerabilidade existencial a chave interpretativa da experiência humana, demarcada pela prática e fruição dos direitos e garantias dos sujeitos no exercício da comunidade política dentro do Estado Constitucional. Em outras palavras, dogmaticamente, caracteriza-se pelo bloco de constitucionalidade dos direitos das pessoas com deficiência e o acesso à saúde (mental), de modo que se garanta a máxima eficácia do direito à saúde mental.

c) atenção intersubjetiva: constitui-se a partir da visibilidade e da escuta entendidas como abertura para recomeços que implicam responsabilidade recíproca. É a atualidade em ato que, gera potência no espaço público com implicações na ética jurídica, permite a prática da consciência corporal. É parte constitutiva do direito à saúde mental.

d) interdependência: é constituída através do elo fundamental da condição humana: vulnerabilidade existencial. Trata-se do reconhecimento da finitude e caracterizada pela vivência territorial, em que pese os desafios contemporâneos da relação psico-orgânica digital, na construção de sentido da experiência humana. Sendo assim, a noção de autonomia é prática interdependente, marcada pela possibilidade de abertura para o outro, no convívio social. É parte constitutiva da noção de liberdade, com implicações na releitura do contrato social e na caracterização do direito à saúde mental.

e) vulnerabilidade existencial: constitui-se na experiência originária intersubjetiva do sujeito. É o elo da experiência política constituído pela abertura e pelo acolhimento dentro do regime democrático. É parte da releitura do contrato social, está relacionada à prática do cuidado jurídico e caracteriza-se pela condição de possibilidade da ética do cuidado em saúde mental.

Por fim, resta-me salientar a importância do zelo que o campo da Reforma Psiquiátrica brasileira precisa ter pela noção “antimanicomial”, de maneira que as aspirações para novos caminhos de cuidado em liberdade não sejam vistas como “utopias” ou “radicais”, mas sim como possibilidades concretas de uma nova linguagem no mundo da vida.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

_____. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ALVIM, Monica Botelho. **O Estético-Político em Merleau-Ponty e a Fenomenologia Crítica: Notas Preliminares sobre Relações Raciais**. Revista Estudos & Pesquisas em Psicologia, v. 20, n.4, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**, 2020.

BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; MARTINS, Laércio Melo. **Previsão Constitucional do Direito à Saúde Mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Revista Pensar, Fortaleza, v. 26, n. 1, 2021.

BEZERRA JR., Benilton. **Cidadania e Loucura: um paradoxo?**. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. **A cidadania tresloucada**. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. **Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades**. Mediações - Revista de Ciências Sociais, 2015.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei n. 10.216/01**. Brasília, 2002.

BRASIL, Marco Antônio Alves. **A Ética do Sofrimento Humano**. In: DA SILVA, João Ferreira; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso: 20 Jan 2023.

_____. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília; DF, 25 ago 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm . Acesso em: 20 Jan 2023.

_____. **Lei n. 10.216/01, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília; DF, 06 abr 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 19 Jan 2023.

_____. **Lei n. 12.376, de 30 de dezembro de 2010**. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília; DF, 30 dez 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del4657.htm Acesso em: 21 Jan 2023.

_____. **Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o §3º do art. 98 da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília; DF, 27 dez 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm Acesso em: 21 Jan 2023.

_____. **Lei n. 13.146/15, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da

República Federativa do Brasil; Brasília; DF, 06 jul 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 20 Jan 2023.

Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019.
Altera as Leis n.11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n. 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília; DF, 05 jun 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 20 jan 2023.

Portaria n. 1.325, de 18 de maio de 2020. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei”, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1325_25_05_2020.html. Acesso em 04 Jan 2023.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.** SciELO- Editora FIOCRUZ, 2012.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Da realidade sem mistérios ao mistério do mundo (Espinosa, Voltaire, Merleau-Ponty).** São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Carta de Bauru 30 anos.** 2017. São Paulo. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 24 Fev 2023.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Distr. General. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&CountryID=24. Acesso em: 26 fev. 2023.

_____. Distr. General. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/158/51/PDF/G1515851.pdf?OpenElement>. Acesso em: 26 fev. 2023.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito.** In **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades.** (Coord) Ludmila Cerqueira Correia, Rachel Gouveia Passos – Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

_____. **Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** 2018. 383 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

DE OLIVEIRA, Patrícia Fonseca Carlos Magno. **Nas trincheiras da Luta Antimanicomial: sistematização de uma experiência da Defensoria Pública nos Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro.** 2021. 719 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. **Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado.** Revista Saúde Debate, v. 44, n. especial, 2020.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Pessoa e bens: sobre a cidadania dos curatelados.** In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Benilton Bezerra Jr., Paulo Amarante (Org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 2, Rio de Janeiro, 2011.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Racismo, Subjetivação e Saúde Mental: Contribuições para a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.** In **Racismo, Subjetividade e Saúde Mental: o pioneirismo negro.** Emiliano de Camargo David et al (Org). 1º Ed. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Grupo de Pesquisa Egbé, Projeto Canela Preta, 2021.

DUPOND, Pascal. **Vocabulário de Merleau-Ponty.** Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FERREIRA, André Bastos; ROSA, Alexia Viana da; FARIAS, Alexander Silva; VALENTIM, Giovanna Dutra Silva; HERZOG, Lucas Bertola. **Direitos na Pandemia. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil.** Boletim n.10, CONECTAS DIREITOS HUMANOS, 2021.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. **Identidades e Direitos da Pessoa com Transtorno Mental.** Curitiba, Paraná: CRV, 2013.

FRANCO, Renato Ferreira. **Território e subjetividade: uma (re)territorialização da loucura.** In: **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática.** Ana Marta Lobosque, Celso Renato Silva (Org). Belo Horizonte: CRP 04, 2013.

GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. **Lições de Fenomenologia Jurídica.** Rio de Janeiro: Forense, 2013.

HAROLDO, Caetano. **Loucos por liberdade: Direito Penal e Loucura.** Goiânia: Escolar Editora, 2019.

HUERTAS, Rafael. **Historia de la psiquiatría, ¿ por qué?, ¿ para qué?.** Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. **O sujeito, o singular e o espaço público.** In: **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática.** Ana Marta Lobosque, Celso Renato Silva (Org). Belo Horizonte: CRP 04, 2013.

LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão – As bases biológicas da fé e da realidade.** Trad. Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Editora Summus, 1983.

MARÍN, R.; GARCÍA-ALEJO, R. H. **Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría.** Arbor: ciencia, pensamiento y cultura. v. CLXXXIV, n. 731, 2008.

MARTINS, Laércio Melo. **A primazia do corpo na cura da mente: contribuições do sistema espinosano para uma ética médica em saúde mental**. 2021. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, 2021.

_____. **O passado que não passa: do holocausto brasileiro à antirreforma psiquiátrica**. Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, v. 3, n.3, 2020.

_____. **Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas**. Porto Alegre, RS: Editora FI, 2020.

_____. **Às imagens, as sombras do porvir: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Revista Diorito, v. 2, n. 1, 2018.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **As Aventuras da Dialética**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006.

_____. **Ciências do Homem e Fenomenologia**. Tradução: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Saraiva, 1973.

_____. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018

_____. **O olho e o espírito: seguido de A linguagem indireta e as vozes do silêncio e A dúvida de Cézanne**. Trad. Paulo Neves e Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

_____. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo – Campinas, Papirus, 1990.

_____. **O visível e o invisível**. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d' Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, n. 33, V. 52, Set 2021, p. 7.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. **Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica: O pêndulo da história e a dimensão sociocultural**. In: **Saúde Loucura. Tessituras da Clínica: Itinerários da Reforma Psiquiátrica**. Rosana T. Onocko-Campos e Bruno Ferrari Emerich (Org). 1ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2019.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica antimanicomial**. In **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica** (Org) Sandra Caponi et al. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

PADUA, Elza. **Esquizofrenia Social: ensaio sobre a ética da sobrevivência**. Porto Alegre, RS: Zouk, 2006.

Pan American Health Organization. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas**, 2018. Washington, D.C.: PAHO; 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org>. Acesso em 25 fev. 2023.

PASSOS, Rachel Gouveia. **“De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira**. Revista O Social em Questão, Ano XX - nº 38 - Mai e Ago/2017.

PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate**. In **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira** (Org) Melissa de Oliveira Pereira, Rachel Gouveia Passos. 1º Ed. Rio de Janeiro, Autografia, 2017.

PERREIRA, Rosemary Corrêa. **Lugar de louco é no Hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica**. In: VENANCIO, Ana Teresa; LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel (Org). **O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Ética e Assistência em Psiquiatria**. In: DA SILVA, João Ferreira; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

PRADO, Yuri; SEVERO, Fernanda; GUERRERO, André. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma.** Revista Saúde Debate, v. 44, n. especial, 2020.

RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010.

ROGAR, Érica. **O modelo social, intersetorialidade e medidas que promovem a autonomia do usuário dos serviços de saúde mental.** 2021. 134f. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

RAMOND, Charles. **Vocabulário de Espinosa.** Trad. Claudia Berliner; Revisão Técnica. Homero Santiago – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

SANTIAGO, Homero. **Espinosa e Merleau-Ponty: Convergências?** Revista Trans/Form/Ação, São Paulo, 27 (1), 2004.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & realidade, 1995, jul/dez, 20.2.

SOKOLOWSKI, Robert. **Introdução à fenomenologia.** Trad. Alfredo de Oliveira Moraes. 3ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

SOUZA, Neusa Santos. **Torna-se Negro. As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética.** Trad. Grupo de Estudos Espinosanos; Cood. Marilena Chauí – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

_____. **Tratado Teológico-Político.** Tradução, introdução e notas de Diogo Pires Aurélio. 4ª Ed. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2019.

STERN, Ana Luiza Saramago. **A imaginação no Poder: obediência política e servidão em Espinosa.** Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio, 2016.

VIVAS, Marcelo Dayrell. **Direito à Saúde Mental no Brasil. Ficção ou realidade?**

Histórico, Normativas, Políticas Públicas e Judicialização. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.

ZANFRA, Beatriz Viana de Araújo. **Política e Violência em Merleau-Ponty.** 2019. 192 f.

Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de São Carlos. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Paulo, 2019.

ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, gênero e dispositivos: culturas e processos de subjetivação.** 1º Ed. Curitiba: Appris, 2018.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Desafios para a consolidação do SUS.** In

Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica (Org) Sandra Caponi *et al.* Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final/ 8ª Conferência

Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: Caderno Informativo/ Secretaria de

Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1º Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

STERN, Ana Luiza Saramago. **A imaginação no Poder: obediência política e servidão em**

Espinosa. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio, 2016.



A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de produção e pesquisa científica/acadêmica das ciências humanas, distribuída exclusivamente sob acesso aberto, com parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil e exterior, assim como monografias, dissertações, teses, tal como coletâneas de grupos de pesquisa e anais de eventos.

Conheça nosso catálogo e siga as nossas páginas nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



www.editorafi.org
contato@editorafi.org

As perspectivas jusfilosóficas do pensamento de Espinosa e Maurice Merleau-Ponty permitem afirmar a presença de uma ética do cuidado destinada aos sujeitos em sofrimento mental. Nesse sentido, a vulnerabilidade existencial, enquanto condição humana, e a interdependência são elementos fundamentais para releitura do contrato social. Assim, a prática do cuidado é marcada pelo processo de acompanhamento singular do corpo-sujeito, enquanto parte da experiência da comunidade política e da realidade psicossocial. Portanto, a partir da revisão das dimensões jurídico-política e sociocultural da Reforma Psiquiátrica brasileira, da investigação da previsão constitucional do direito à saúde mental e considerando as contribuições teóricas sobre cuidado, vulnerabilidade, interdependência e atenção intersubjetiva para o campo das discussões da Luta Antimanicomial, é possível propor uma ruptura com a estrutura hospitalocêntrica, à luz da interseccionalidade (gênero, raça e classe) e pensarmos na construção de uma democracia anti-manicomial.



editora *fi*.org

